ROK VII WARSZAWA 1933 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Pracownicy umysłowi ze stanowiska higjeny społecznej [1])

DR. W. MIKLASZEWSKI.
Warszawa 1933 r.

(Dokończenie)

V.

Na podstawie posiadanego materjału trudno mówić o zdrowotności pracowników umysłowych. Nawet zachorowalność na poszczególne choroby nie może być ujęta ściśle, ponieważ nie posiadamy dokładnego wykazu pracowników umysłowych i nie wiemy, jaki ich odsetek korzysta z lecznictwa w Kasie Chorych. To uniemożliwia stworzenia sobie dokładnego pojęcia o chorobach zawodowych pracowników umysłowych, choć u pracowników cielesnych, zwłaszcza fabrycznych dane te są mniejwięcej ustalone. Najwyżej możemy zgrupować przypadki chorób i wskazać, jakie z nich spotyka się najczęściej. Porównanie z innemi zawodami pozwoli w pewnej mierze stworzyć sobie ubocznie pogląd na sprawę, jednak będzie on tylko przybliżony. W zestawieniu sprawa wygląda, jak następuje: (Tabl. XXII).

Porównawszy odsetki ogólne zachorowań, przekonamy się, że nie różnią się one zbytnio u ogółu polaków, a pracowników umysłowych. Tylko kilka pozycyj zasługuje na zaznaczenie: 1) Choroby zakaźne spotyka się częściej o 2%. Czy jednak jest to częstsza zachorowalność, czy też większa dbałość o zdrowie pracownika umysłowego, który zgłasza się do lekarza, lub wzywa go przy każdym stanie podgorączkowym, gdy pracownik cielesny pracuje, nie zważając na wysoką ciepłotę i szereg dolegliwości, narażając się na to, że zapalenie migdałków może dać gościec stawowy, a zapalenie oskrzeli przejść na płuca i t. p. 2) Gruźlicę spotykamy u prac. umysłowych w 6,1% spostrzeżeń, gdy u ogółu

[1]) Ogłaszając drugą z kolei pracę, odzwierciadlającą tak obrazowo stosunki zdrowotne i społeczne Warszawy, Redakcja pragnie podkreślić, że nie ze wszystkimi poglądami Autora może się zgodzić bez zastrzeżeń.

polaków tylko w 4,3%. Tu nie może być już mowy o zachorowalności, bo mamy zwykle do czynienia ze sprawą przewlekłą, ulegającą zaostrzeniom i nasileniom. A że są to chorzy, notowani tylko raz jeden, choćby leczyli się całemi latami, więc należy sądzić, że te odsetki bliskie są prawdy, czyli że pracownicy umysłowi dotknięci są gruźlicą w stosunku 3 : 2. Możnaby się zastanawiać nad tem, czy gruźlica sięga do dzieciństwa, czy też została nabyta dzięki niekorzystnym warunkom pracy, nadużyciom, brakowi ostrożności. Jednak sam fakt zdaje się nie ulega wątpliwości. czyli ogółem 33 przypadki (24,4%), gdy u ogółu polaków mieliśmy ich 147 :276= =53,2%. Wskazuje to, że nerwice są zjawiskiem nader częstem u pr. umysł. i mogą zasługiwać na miano ich choroby zawodowej. Zapewne trudno ocenić ile z przyczyn tej choroby związane jest bezpośrednio z pracą, z zależnością służbową, z przykrościami i poniżeniami, tak pospolitemi w życiu urzędnika, oficjalisty, podwładnego, a nie wynika z nadużyć wszelkiego rodzaju i pogoni za uciechami i wzruszeniami, za pieniądzem, jako środkiem uprzyjemnienia sobie życia. Ale te

Tabl. XXIII.

Grupy chorób	> 20 rż		20—24		25—29		30—39		40—49		50—59		< 59		Ogółem		%	
	Og.	Um.	Og.	Um.	Og.	Um.	Og.	Um.	Og.	Um.	Og.	Um.	Og.	Um.	Ogół	Umys	Ogół	Umysł
POLACY																		
Zakaźne	24	9	48	14	27	18	16	9	4	4	2	1	1	1	122	53	9,1	11,5
Gruźlica . . .	10	2	13	7	13	12	15	7	5	1	1	2	1		58	31	4,3	6,1
Weneryczne . . .	1		3	3	1	1			1	2					6	6	0,4	1,1
Nowotwory . . .	2								2		1				5		0,4	
Gościec			2	1	9	3	9	2	5	3	3		2		30	9	2,2	1,8
Nerwowe	47	15	69	36	49	29	61	37	32	15	10	1	8	3	276	136	20,6	26,9
Układu krążenia. .	2		10	4	7	2	7	2	12		5	2	4	3	52	13	3,9	2,5
Układu oddychania	51	11	89	36	67	24	65	28	36	10	10	3	3	1	321	113	23,8	22,1
Układu trawienia .	48	7	53	26	69	14	61	20	27	12	20	7	15	3	293	89	21,7	17,4
Układu moczowego	1		12	5	2	1	6	3	4	3	2				27	12	2	2,1
Skóry				1			1								1	1	0,1	0,2
Rozwojowe . . .	1		1	2			2		1						5	2	0,4	0,4
Starość . . .									3	2	15	4	40	4	58	10	4,2	1,9
Wyniszczenie . .	3	2	11	7	3	1	1		1		1		1		21	10	1,5	1,9
Urazy	1		3	1	7	1	3	1	3		3		1		21	3	1,8	0,6
Wole	3						2	1							5	1	0.4	0,2
Chirurgiczne . . .	1		2				2	2		1		1			5	5	0,3	1,
Otyłość	2	1	1				1		2	2		1			6	5	0,4	1,
Dna								1	1	1	3	2	1		5	4	0,4	0,8
Brak choroby . .	8		7		6		13	2	1						34	2	2,1	0,4

3) Choroby nerwowe spotykamy znacznie częściej u pr. umysłowych, bo o 6,3%. Są to w przeważającej mierze nerwice, będące wyrazem wyczerpania, najczęściej przez samogwałt, nadużycia płciowe, wstrząsy, przepracowania i t .d. Ta niedomoga czynnościowa przybiera nieraz przykry przebieg i czyni chorego niezdolnym do dłuższej pracy, jednak przy unormowaniu życia i zerwaniu z nałogami nerwica powoli przechodzi. Z cierpień nerwowych, mających organiczny pokład, spotykamy 19 przypadków rozmaitych nerwobólów, 6 dusznicy oskrzelowej i ch. Basedowa, 1 padaczki, 2 wiądu mlecza, 3 alkoholizmu i 2 przymiotu ukł. nerw., dwie dziedziny są z sobą ściśle związane i tworzą charakterystykę pracy umysłowej, więc niema potrzeby ich wyodrębniać, choć spostrzeżenia moje na to pozwalają. Zaznaczę wszakże, że najważniejszemi czynnikami są tu wczesny samogwałt, nadużycia płciowe i wczesne uciekanie się do używek. Nie jest też zapewne rzeczą przypadku, że nerwic spotykamy więcej w wieku młodszym, np. przed 20 rż. 15 : 47=31,9%, od 20 — 24 rż. 36 : 143=25,1% i od 25—29 rż. 29 : 106= =27,3% a od 30—39 rż. 37 : 115=30,4%.

W wieku późniejszym występują poważniejsze zaburzenia, wobec których nerwica schodzi na plan dalszy.

4) Choroby dróg moczowych spotykamy u pr. umysł. częściej o 0,4. Jestto w związku zepewne z częściej przebywanemi chorobami wenerycznemi, których obecność stwierdzamy bezpośrednio o 0,8% częściej a w wywiadach rzeżączkę o 10%. Prawdopodobnie jestto następstwo lepszych warunków pieniężnych, które sprzyjają wcześniejszemu i mniej oględnemu zetknięciu się z nierządem.

5) Choroby układu krążenia spotykamy u pr. um. zaledwo 2,5%, gdy u ogółu mamy ich 3,9%. Wiele z nich, zwłaszcza wady serca, stanowią następstwo lekceważenia chorób gorączkowych, zwłaszcza zapaleń gardła. Co do innych sprzyją ich powstaniu ciężka praca cielesna, nadużywanie tytuniu złego gatunku, wódki i stosunków płciowych. Pod tym względem pracownicy cieleśni są w warunkach mniej korzystnych. Tem się też tłumaczy zapewne i wcześniejsze występowanie u nich chorób starczych i większy ich odsetek (4,2% wobec 1,9%), choć trzeba mieć na uwadze i to, że starsi pracownicy umys. są często zwalniani ze stanowisk, bo młodsi godzą się na niższą płacę.

Co do reszty chorób różnice są stosunkowo niewielkie i leżą w granicach przypadkowości. Nie będziemy więc ich poddawali dokładniejszemu badaniu. Zaznaczę jednak, że na poważniejsze choroby narz. trawienia wypada 29 : 89=32,6% mianowicie: 8 zapaleń wyrostka rob. i 10 wrzodów żołądka wyłącznie u bezżennych, co wskazuje na niewłaściwy sposób żywienia, 5 zapaleń wątroby i 6 kamicy żółciowej, wyłącznie u żonatych. Są to odsetki znacznie wyższe, niż u ogółu. Również otyłych spotykamy tu 2 razy częściej.

Nieco inaczej wygląda sprawa częstości chorób u żydów. Podaję to zestawienie w skrócie, zachowując poprzednią kolejność chorób: (Tabl. XXIV).

Różnica z polakami zaznacza się w tem, że spotykamy tu mniej o 0,7% gruźlików, choć naogół zgórą dwa razy więcej, niż wśród polaków, a to może wskazywać, że warunki pracy umysłowej są tu korzystniejsze, niż u pracowników cielesnych. Liczba chorych nerwowo jest większa, niż u ogółu, są to przeważnie nerwice, najczęstsze w wieku młodocianym: przed 20 rż. 21 : 53=39,6%, od 20 — 29 rż 59 : 195=30,2%. Są to przeważnie następstwa samogwałtu. Liczba otyłych i chorych na cukrzycę jest 2 razy większa, niż u ogółu żydów, a artrytyków 5 razy większa. Choroby układu krążenia spotyka się też częściej. Z tego wynika, że właściwie

Tabl. XXIV.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XIII	XIV	XV	XIX	XX	Razem
%Ogół żyd.	49	100	3	1	14	173	30	114	121	19	9	21	9	6	3	701
og. żyd.	6,4	14,3	0,4	0,1	2	24,6	4,3	16,3	17,4	2,7	1,3	3	1,3	0,4	0,3	
Pr. umysł.	27	50	1		4	101	25	54	61	9	5	10	5	7	6	370
% pr. umy.	7,3	13,6	0,3		1,1	27,3	6,7	14,6	16,5	2,4	1,3	2,7	1,3	1,9	1,6	

Tabl. XXV.

Choroby	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XII	XIII	XIV	XV	XVII	XIX	XX
Polki Og.	76	70	10	3	45	226	58	179	330	100	72	14	62	83	22	28	18
% Ogółu	5,2	4,8	0,7	0,2	3,1	15,4	3,9	12,1	22,6	6,8	4,9	0,9	4,2	5,7	1,6	1,9	1,2
Pr. Umysł.	31	27	4	2	7	81	22	50	65	20	13	2	4	29	7	14	11
% „ „	8	6,9	1	0.5	1,8	20,8	5,6	12,8	16,7	5,2	3,3	0,5	1	7,4	1,8	3,6	2,9
Żydów. Og.	26	60	2		13	80	35	70	103	11	11	10	12	12	10	21	10
% Ogółu	4,9	11,6	0,4		2,5	15,5	6,8	13,6	20	2,1	2,1	1,9	2,3	3,3	1,9	4,1	1,9
Pr. Umysł.	12	39			4	67	19	36	55	11	7	6	6	12	10	22	9
% „ „	3.8	12,4			1,2	21,2	6,1	11,4	17,3	3,4	2,2	1,9	1,9	3,8	3,2	6,9	2,8

tylko większa częstość nerwic u pr. umysł. stanowi wspólną cechę ich, niezależnie od rasy. Jednak sam fakt, że wśród polaków przeważają urzędnicy, a wśród żydów sklepowi, wpływa niezawodnie na te różnice.

Rozpatrzmy wreszcie różnice częstości chorób u kobiet wogóle w porównaniu z prac. umysł. (Tabl. XXV).

Różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami pod względem częstości chorób zależą nietylko do płci, lecz i od tego, że zaledwo połowa kobiet wykonywa zawód samodzielnie, a reszta jest tylko przynależna do rodziny. Swoją drogą częstość zachorowań ogółu kobiet i pr. umysł. różni się dość znacznie. U polek widzimy: 1) więcej chorych na ch. zakaźne, co nie zgadza się z lepszemi warunkami bytu i zależy prawdopodobnie od tego, że pr. um. korzystają częściej z pomocy K. Ch. 2) Gruźlicę spotykamy o 2,1% częściej, czyli jeszcze więcej, niż u mężczyzn. Większość gruźliczek przypada przed 30 rż., mianowicie 20:235=8,5%. Jest wśród nich 7 dziewic, 3 niepanny, 10 mężatek. Od 30—50 rż. wypada jedna dziewica i 3 mężatki, a powyżej 50 lat 1 wdowa i 1 rozwódka. Przewaga niezamężnych wśród gruźliczek tłomaczy się zapewne tem, że skutkiem istniejącej choroby nie chcą podejmować się nowych obowiązków. Pracować mogą na swe utrzymanie, lecz nie są w możności spełnić swego przyrodzonego zadania. 3) Chorych nerwowo jest podobnie, jak u mężczyzn, znacznie więcej, bo o 5,4%, czyli w stosunku do ogółu otrzymujemy 4:3. Są to przeważnie nerwice. Nerwobólów mamy 11 przypadków, ch. Basedowa 4, padaczki4. Najgorzej wypada okres 35 — 39 lat, bo jest w nim 16:36=44,4% chorych nerwowo. Pod względem stanu rodzinnego mamy nerwic: wśród dziewic 9:118=7,6%, niedziewic 4:21=19,1%, mężatek 46:221=20,8%, wdów 1:10=10% i rozwódek 4:18==22,2%. Zdaje się to wskazywać, że pożycie płciowe stanowi czynnik usposabiający do nerwic, a dziewictwo nie odbija się zbyt ujemnie na układzie nerwowym wbrew istniejącym poglądom i swoistym cechom starych panien. Jestto tak nieoczekiwany wniosek, że muszę go sprawdzić na nowych spostrzeżeniach. 4) Choroby układu krążenia spotykamy u pr. um. częściej o 1,7%, niż u ogółu polek. W tej liczbie wady serca spotykamy u 4 dziewic, 2 niedziewic, 10 mężatek, 1 wdowy i 2 roz., a niedokrwistość u 2 dziewic i 1 męż. 5) Choroby narz. trawienia są o 5,5% rzadsze u pr. um. Może to wskazywać na korzystniejsze warunki żywienia, więc większą zamożność, niż pr. ciel. Z poważniejszych chorób spotykamy tu 9 zapaleń wyrostka prawie wyłącznie u młodych, 6 kamicy wątrobowej i 5 wrzodów żołądka. 6) Choroby narządów moczowych i płciowych są też znacznie rzadsze, co wskazuje również na lepsze warunki bytu, natomiast przypadków wycieńczenia mamy znacznie więcej, a to pozostaje w związku zapewne z nadużywaniem używek, które tylko do pewnego czasu podniecają, a potem wywołują wyczerpanie. Często stwierdzam poprawę stanu chorej, zabroniwszy jej palenia tytuniu i picia wyskoku. O przepracowaniu, zwłaszcza porodami i macierzyństwem niema tu właściwie mowy. Wycieńczenie ma źródło przeważnie w nieumiejętnem życiu, w pogoni za użyciem, uciechami i usuwaniu się od spełnienia przyrodzonych obowiązków, czyli wręcz przeciwnie, niż w klasach pracownic cielesnych, wyjąwszy służbę domową. 7) Otyłych, dnawych, cukrzycowych spotykamy wśród pr. um. 2 razy więcej, niż u ogółu, a to jest zdaje się również w związku z lepszym stanem gospodarczym i większą zamożnością.

Wrażenie ogólne, jakie dają kobiety z klas pracująco umysłowo, streszcza się w ich nieprzystosowaniu do życia. Wiecznie niezadowolone, wyrzekające, pokrzywdzone, zawiedzione nie rozumieją, że zaniedbanie obowiązków przyrodzonych, uchylanie się od nich, jako rzeczy przykrej i uciążliwej, jest sprzeczne z zadaniem kobiety. Gdzież jest tu owe hasło o równouprawnieniu? Stało się pustym dźwiękiem, paczącym przyrodzone popędy dziewczęcia i prowadzącym je na bezdroża, w których stara się upodobnić mężczyznie, zatracając właściwości swej płci, przez co zakłóca równowagę umysłową i nerwową, staje się niezadowoloną z życia oraz ciężarem tych, którzy ją utrzymują.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa zdrowia u żydówek, pr. um. Nie tylko różnice rasy i kultury zaznaczają się tu wyraźnie, lecz i sama budowa rodziny. Przewaga niezamężnych o 15,4%, mniejsza liczba niedziewic, mężatek, wdów, rozwódek, większy odsetek pracownic samodzielnych stwarzają o tyle odmienne warunki,

że porównanie tych dwuch grup jest trudne. Jednak i zestawienie żydówek z ogółem nie jest łatwe. Ważniejsze różnice w dziale chorób zaznaczają się, jak następuje: 1) Chorób zakaźnych spotyka się u pr. um. mniej, co może wskazywać na lepsze warunki pracy, natomiast gruźlicy mamy tu o 1% więcej, ogółem 12,4%, czyli co 8-a chora dotknięta jest gruźlicą. Najwięcej przypada jej na okres poniżej 20 rż., bo 5 : 19=26,3% i 30 — 39 rż., 12 : 72=16,7%. Pod względem rodzinnym wypada na panny 19 : 143=13,3% na mężatki 18 :156=11,5%, na wdowy i rozwódki po jednej, Większość panien gruźliczek przypada na wiek młody, a to dowodzi, że choroba była czynnikiem zaniechania małżeństwa. Większość gruźliczych mężatek mamy w okresie 30—39 rż. zapewne więc choroba zjawiła się u nich już po zaczęciu życia płciowego. 2) Gościec spotykamy u pr. um. 2 razy rzadziej, niż u ogółu, a to wskazuje na lepsze warunki mieszkaniowe. 3) Choroby nerwowe są tu częstsze o 5,7%, podobnież jak u innych pr. umysłowych, a to wskazuje na wspólne czynniki ich powstawania. Najwięcej jest nerwic, mianowicie: u panien 23 : 143=16,2% u niedziewic, 19:156=12,2% u mężatek, 1 u rozwódek. Nerwobólów mamy 6 u panien i 10 u mężatek, ch. Basedowa 1 u panien. Naogół więc przeważają ch. nerw. u panien wbrew temu co widzieliśmy u polek. O starszych pannach niema tu mowy, bo po 28 rż. niema ich zgoła. Zapewne więc odmienne warunki bytu dają tu inne wyniki. Niezawodnie znacznie mniejszy odsetek palących, pijących i zapobiegających rozrództwu wpływa w dużej mierze na to. 4) Mniejsza liczba chorób narządów oddychania, krążenia i trawienia zależy zapewnie od lepszych warunków gospodarczych. 5) Chorób narządów moczowych jest więcej u pr. um. Są to przeważnie zapalenia miedniczek i pęcherza po poronieniach sztucznych i rzeżączce. 6) Objawy wycieńczenia są nieco częstsze u pr. um., choć warunki pracy i bytu są dogodniejsze. Również częściej spotykamy tu wole, otyłość, cukrzycę i dnę, podobnie jak u polek.

Naogół więc i u żydówek trudno w zasadzie mówić o chorobach, właściwych specjalnie pracownikom umysłowym, o jakichś chorobach zawodowych. Niektóre choroby spotyka się niewątpliwie częściej, niż u ogółu ludności, jednak zdaje się to zależeć bardziej od warunków materjalnych rodziny, niż od wykonywanego zawodu. Lepsze warunki nastawiają pracowników w kierunku większych wymagań i poszukiwania uciech oraz unikania trudów i spełniania przyrodzonych obowiązków. Tu jest źródło większości niedomagań, jakie spotykamy wśród pracowników umysłowych. Zwiedziłem kilkaset ich mieszkań przy odwiedzaniu chorych i mam wrażenie, że ogół jest w dobrobycie. Może to są pozory, za któremi kryje się brak, nędza i głód, jednak pozory wyglądają inaczej, a zachowanie się w stosunku do lekarza odbiega jaskrawo od dawnych wzorów i nosi cechy nieraz przykrego lekceważenia. Z ogólnej liczby 265168 członków kasy w 1930 r. przypada na zarabiających 300 zł. miesięcznie 12899, po 375 zł. 7588, po 450 zł. 4130, po 500 zł. 4585. po 800 zł. 1307, ponad 800 zł. 5413, czyli ogółem wypada na zarabiających powyżej 450 zł. 25828 członków, więc blisko 10%. Nie jest to jeszcze dobrobyt, lecz przy rozumnym układzie wydatków wystarcza na wszelkie potrzeby i pozwala nawet zabezpieczyć się na czarną godzinę. Jednak ci pracownicy wyrzekają, są niezadowoleni, stawiają wygórowane wymagania, nie licząc się z tem, że świat przechodzi ciężkie bezrobocie. To nastawienie najlepiej zabezpieczonych materjalnie pracowników umysłowych stwarza przykry nastrój, przy którym każda choroba przebiega niepomyślnie i chorego łatwo ogarnia beznadziejność, zresztą całkiem nieusprawiedliwiona. Pracownik umysłowy i jego rodzina nie są przygotowani do życia, mają od niego niepomierne wymagania, nie liczą się zupełnie z tem, że są uprzywilejowani w porównaniu z wielką rzeszą, wykształconą zawodowo, lecz nie mającą miejsc do pracy. Kryzys gospodarczy i zmniejszenie zarobków, redukcje urzędników, podniesienie podatków, tanizna na rynku, nadmiar zapasów, których brakło podczas wojny i ten brak jakichkolwiek stałych wartości stwarzają atmosferę, w której niejednemu trudno się zorjentować. Korzystając z tanizny kupuje się masę rzeczy zbędnych, często na raty, nie rozumiejąc, że jestto wydawanie pieniądza, który ma się zarobić w przyszłości, lecz może go się nie zarobi.

Ułożenie budżetu pracownika umysłowego to pierwszorzędne zagadnienie społeczne, które uleczy niejedną chorobę,

zwłaszcza nerwową i zapobiegnie rozmaitym wykroczeniom, odbijającym się zgubnie na zdrowiu i równowadze, którą może się cieszyć tylko człowiek z zabezpieczonem jutrem. Niech pracownik umysłowy nie poddaje się złudzeniu, że powołany jest do zreformowania życia i stworzenia go na pewnych podstawach, gdzie wykształcenie zawodowe, szczególniej t. z. wyższe, dawałoby prawa do korzystania ze wszelkich dóbr ziemskich i nadzwyczajnych dogodności. Zasada Sokratesa: „Obchodzić się bez wszystkiego mogą tylko bogowie, poprzestawać na małem — istoty, bliskie boskości. Boskość jest doskonałością, a to, co bliskie boskiego, bliskie jest doskonałości" — ta zasada jest dla współczesnego inteligenta zaprzeczeniem postępu. A jednak ma ona w sobie zdrowe ziarno, które po rozpustnem życiu i po nużaniu się w przesycie każe Salomonowi przyznać pod koniec życia: „Vanitas vanitatum et omnia vanitas". Pracownik umysłowy winien zerwać z mniemaniem, że jest z wykształcenia uprzywilejowany. To taki sam błąd i przesąd, jak dawniejsze przywileje z urodzenia. Jedyny przywilej to wartość umysłowa człowieka, płynąca ze zrozumienia, że posiadanie nie daje samo przez się zadowolenia i szczęścia, które trzeba mieć w sobie, nie poza sobą. Dla niższych gatunków zwierzęcych zadowolenie potrzeb zmysłowych jest celem. Homo sapiens winien znaleść ten cel w uciechach umysłowych.

Stosunki powojenne zmieniły się niedo poznania. W książce: „Rozwój cielesny klas uprzywilejowanych w Król. Pols. w świetle pomiarów antropometrycznych", (1914 r. stron 335) przedstawiłem ówczesne stosunki na podstawie badań własnych chorych i materjałów ubezpieczeń na życie. Wśród polaków wypada tam na urzędników 12,2%, na kupców 9,5%, rolników 7,9%, handlowców 7,6% a reszta to przedstawiciele zawodów wyzwolonych. U żydów na kupców przypada 38,6%, handlowców 29,8%, przemysł 11,1%, zawody wyzwolone 25%. Są to więc stosunki inne, niż w naszym obecnym materjale. O kobietach samodzielnych nie było wówczas mowy. W niepodległej Polsce zrodził się stan urzędniczy, którego dawniej nie było w zaborze rosyjskim. Napływ tych zawodowców z innych zaborów, zwłaszcza z Galicji, zmienił zupełnie wygląd pr. umysł. A jednak stosunki chorobowe są dość zbliżone do ówczesnych. Chorych nerwowo spotykaliśmy tam: polaków 20%, żydów 25%, gruźlików 15% i 12,6%, wątłych 8,3% i 25,8%, otyłych 10% i 17,5%, chor. ukł.krążenia 20 i 13,8% i t. d. Układ tych chorób jest inny, więc trudno je dostatecznie porównywać, jednak pewne jest to, że na czoło u klas uprzywilejowanych wysuwają się nerwice na tle nadużyć i gruźlica.

Jeszcze gorzej przedstawiała się sprawa zdrowia u kobiet, wśród których nerwice stały się czemś pospolitem, czego się nie brało nawet w rachubę, jak gdyby to była cecha właściwa dobrego wykształcenia i wychowania. Te kobiety widzimy dziś, jako nieprzystosowane do nowych warunków bytu, wyrzekające, zawiedzone, pokrzywdzone. Nic więc dziwnego, że nastawienie ich jest ujemne.

Wyrzekanie powszechne na stosunki powojenne jest nieusprawiedliwione. Niezależność państwowa, to nietylko ziszczenie pragnień, dążności, wysiłków i poświęceń kilku pokoleń, lecz zarazem dopuszczenie wielkich mas wykształconych do stanowisk, które za zaborców były obsadzone przez nich. Całe rzesze bezrobotnych inteligentów dostały teraz stały zarobek, dający możność wczesnego stworzenia rodziny i spokojnej pracy. Jest to wielki postęp. Jednak ogół zda się go nie rozumieć. Wyszkoleni w dużej mierze na wzorach austrjackiego rabowania skarbu i mając tradycje szlacheckiego życia nad stan oraz mieszczańskiej pogoni za blichtrem, dzisiejsi pracownicy umysłowi nie umieją zastosować się do wszechświatowego kryzysu, sądząc, że są klasą wybraną, której należą się specjalne względy i przywileje. To podrywa ich zdrowie i gubi podobnie, jak zgubiło żydów mniemanie, że są narodem wybranym, któremu musi się wszystko podporządkować. Przywileje stanu zbankrutowały wobec powiewów demokratycznych. Dziś kolej na przywileje wykształcenia, które winny spuścić z tonu, zadawalając się rzeczywistą wartością — umysłową, nie stawiając nadmiernych wymagań materjalnych.

VI.

Sprawa chorób zawodowych pracowników umysłowych poruszana jest od dawna. Nie można jednak stwierdzić cech swoistych przedewszystkiem dlatego, że pojęcie pr. um. jest zbyt obszerne i zawiera

rozmaite grupy, pracujące w odmiennych warunkach. Oto wśród pocztowców w Niemczech w 1910 r. chorowało:

I	Na 80945 wyższych urz.	49,44%	dni	choroby	34,1	śmiertelność	0,46%
II	Na 123254 niższych	„ 55,85%	„	„	31,5	„ „ „	0,42

Zakaźne	Gruźl.	Nerwowe	Narz.	Krąże.	Traw.	Mocz.	Skóry	N. ruchu	Uraz
I 6,19	0,06	10,37	6,67	2,67	9,43	1,31	2,05	3,12	1,92
II 8,57	0,18	4,47	7,61	2,46	10 8	0,84	3,21	8,24	4,81

Różnica pomiędzy wyższymi (I) a niższymi (II) urzędnikami jest wyraźna. A cóż dopiero powiedzieć o ogóle pracowników umysłowych? Choćby taki szczegół, jak choroby narządów ruchu i urazy, zdarzające się 3 razy częściej u urzędników niższych, którzy muszą wykonywać pracę i cielesną, zmienia zupełnie stosunki zachorowalności i odbija się na odsetkach innych chorób.

Już przed 5 laty opracowałem materjały Kasy Chorych m. Warszawy za I-szy kwartał 27 r. w jej przychodniach i niezdolnych do pracy z 26 r. Nie zdobyłem się jednak na ogłoszenie tej pracy, która nastręcza mnie samemu wiele zastrzeżeń. Przedewszystkiem rozpoznania są postawione przez kilkuset lekarzy, więc mają cechy niejednolite. Np. rozpoznanie grypy spotyka się b. często, gdy w moim materjale są tylko pojedyńcze przypadki. Nie uwzględniony jest stan rodzinny, rasa, co ma wielkie znaczenie zwłaszcza przy wyliczeniach gruźlicy i nerwic. Pomimo to sięgam dziś do tej pracy, aby zestawić jej wyniki z badaniami osobiście przeprowadzonemi .Materjał jest obfity. Na 213196 członków chorowało w 1-ym kwartale 27 r. 84674, czyli 397,14 na 1000. Z liczby ogólnej było urzędników 13,2%, handlowców 5,2% i zawodów wyzwolonych 3,3%, a chorowało na 1000 członków: 1ych 286, 2-ich 335 i 3-ich 218. Byłoby to bardzo pocieszające, że zdrowotność pr. um. jest lepsza, gdyby nie to, że nie wiadomo, jaki ich odsetek korzysta z lecznictwa w Kasie.

Przy podziale członków podług płci otrzymujemy mężczyzn 56,95%, kobiet 43,05%. Z liczby urzędników mężczyzn jest 59,64%, kobiet 41,36%, handlowców 54,62%i 45,38%, czyli liczba samodzielnych pracowników jest znacznie większa

Tabl. XXVI.

Grupy chorób	Mężczyźni 56 95 %								Kobiety 43,05%							
	Ogół.	Urzędnicy				Handlowcy			Ogół.	Urzędniczki				Handel		
	L.CH.	A.L	Ch.	A.	B.	L.Ch	A.	B.	L.Ch	A.	L.Ch.	A.	B.	L.Ch.	A.	B.
1. Zakaź.	2573	5,3	258	5,5	13,7	92	4,5	4,9	2274	6,2	255	7,7	15,1	80	4,7	4,7
2. Gruźl.	2171	4,3	252	5,1	14.9	83	4,1	4,7	1876	5,1	271	8,1	14,4	94	5,5	5,1
3. Wener	1951	4.	259	5 5	13,3	86	4.2	4,4	325	0,9	21	0,7	6,5	10	0,6	3,1
4. Ogólne	1644	3,4	172	3.6	10 4	92	4 6	5,6	2708	7,7	235	7,1	8,7	121	7,2	4,4
5. Nerwow.	1933	4.	266	5,6	16,5	96	4,7	5,9	1426	3.9	174	5,2	14,5	70	4,1	5,8
6. Zmysł.	4964	10,3	593	1,3	15.	209	10.3	5,3	2719	7,5	309	9.3	13.7	131	7,7	5,8
7. Krążen.	1628	3,5	232	4.8	14.2	72	3,5	4,4	1269	3 5	139	4.2	10,9	52	3.	4,1
8. Oddych	6315	13,1	471	10.	9,2	256	12.6	5.	3556	9,8	261	7,8	8,9	176	10,4	6,1
9. Gardła	1462	3	194	4,1	16,9	70	3,4	6,1	1350	3,7	136	4,1	13.	69	4,1	6,6
10. Zębów	7499	15,5	590	12 5	9,4	305	15:1	4,9	5249	14,4	364	10,9	8,1	214	12,7	4 8
11. Trawie	2987	6.2	310	6,5	10,3	129	6,3	4,3	2682	8,4	226	6.8	8,7	126	7,4	4,5
12. Mocz.	603	1,2	81	1,7	16.	32	2,1	6,3	2342	6,4	235	7.	12.6	97	5,7	5.1
13. Połóg									1101	3.	74	2,1	8 7	42	2,5	5.
14. Skóry	4688	9.7	450	9,7	11,3	224	11.	5,5	2750	7,5	224	6.7	9.4	176	10,4	7,4
15. N. ruch	1755	3,6	101	3,4	11 2	79	3,8	5,4	1097	3.	99	3 1	10,7	36	2,1	3,9
16. Rozwój	176	0,3	16	0,3	9,1	11	0,5	6,2	143	0,4	13	0,3	9.	10	0,6	7.
17. Urazy	3796	7,9	176	3,8	5,3	106	5,1	3,3	1619	4,4	111	3,3	8.	111	6,6	8
Nieokr.	2078	4,5	224	4,9	13.	90	4,4	5,2	1828	5.2	181	5,6	9,9	77	4,7	4,2
Ogółem	48236	100%	4715	100%		2032	100%		36438	100%	3328	100%		1692	100%	

śród mężczyzn, chociaż na same służące wypada 26145 kobiet.

Zgrupowawszy cały materjał podług grup chorób, zawodów, płci, otrzymamy następujące liczby zachorowań. (L. Ch.), ich odsetek (A) i odsetek chorych na daną chorobę w danym zawodzie (B). W zestawieniu sprawa przedstawia się tak: (Tabl. XXVI).

Różnica pomiędzy częstością chorób obojga płci jest znamienna. Kobiety chorują częściej na choroby: zakaźne, gruźlicę, inne ogólne (nowotwory, gościec) narządów trawienia, moczo-płciowe, a mężczyźni na pozostałe grupy. Co się tyczy pr. um., to mężczyźni urzędnicy chorują częściej od ogółu mężczyzn na: gruźlicę, chor. weneryczne, nerwowe, moczo-płciowe, a handlowcy — na weneryczne, gościec, zapalenie gardła moczo-płc. i skóry. U kobiet urzędniczek jest więcej ch. zakaź., gruźlicy, gośćca, nerwowych, narz. zmysłów, moczo-pł., a u pr. handlowych więcej gruźlicy, nerwowych, narz. oddychania, gardła, skóry i skutkiem urazów. Nie mamy tu wprawdzie podziału na rasy, a widzieliśmy, jak inaczej sprawa chorób wygląda u żydów. Jednak ogólne zestawienie daje stosunki dość podobne do tych, jakie stwierdziliśmy przy badaniu osobistem. Wprawdzie podział chorób jest nieco inny, bo obejmuje wszelkie specjalności, nie wyłączając dentystyki, a to zmienia nieco odsetki, jednak zasadnicze różnice u pr. um. odpowiadają temu, co dało bezpośrednie moje badanie. Dla ścisłości należałoby wyłączyć służbę domową, która różni się znacznie od innych pracowników. Podług danych na 1 stycznia 27 r. było na ogólną liczbę 66201 samodzielnych kobiet 26145 służących (39,4%), urzędniczek 7936 (12%), pr. handl. 3187 (4,8%), zaw. wolnych 2446 (3,7). Po wyłączeniu więc służby otrzymaliśmy nieco więcej gruźlicy i mniej nerwic u ogółu pracowniczek cielesnych, a dzięki temu przeciwieństwo z pr. um. zaznaczyłoby się wyraźniej.

Uwzględniwszy w naszych wyliczeniach wiek chorych, otrzymamy stosunki następujące: (Tabl. XXVII).

Tabl. XXVII. Członkowie Kasy i chorzy p/g grup wieku.

Wiek			>20	20—24	25—29	30—39	40—49	50—59	60—69	<69	Ogół członków
Ogółem członków obu płci			11,12%	18,91%	17,91%	23,98%	14,78%	8,71%	3,42%	1,11%	165709
Mężczyźni	Ogół	Członk.	10,76	14,06	16 2	25,92	17,19	10,58	4,05	1,34	99508
		Chorzy	18,04	20,52	16,95	21,25	12,54	7,31	0,49		48236
	Urzęd.	Członk.	1,9	33,6		30,8	17,2	10,6	5,7		13614
		Chorzy	6,24	20,65	22,38	26,41	11,47	8,25	3,7	0,85	4715
	Handl.	Członk.	16,5	37,8		23,4	11,9	6,9	3,5		4976
		Chorzy	22,45	32,52	17,34	16,51	6,74	3,05	1,19	0,2	2032
	Zaw. woln.	Członk.	0,83	20,92		36,98	20,62	14,13	6,52		2970
		Chorzy	3,13	14,98	16,02	23,69	22,66	17,43	2,09		610
Kobiety	Ogół	Członk.	11,63	26,24	21,06	20,98	11,02	5 83	2,43	0,81	66201
		Chore	17,69	29,51	19,33	18,25	8,67	4,34	1,87	0 34	36438
	Urzęd.	Członk.	2,12	54,58		26,31	11,19	4,5	1,3		7936
		Chore	7,28	31,[illegible]7	26,[illegible]8	21,14	8,9	3,44	0,87	0,12	3328
	Handl.	Członk.	16,91	58,39		15,88	5,72	2,71	0,98		3187
		Chore	20. 2,6	40,85 24,7	19,89 44,3	13.84 21,7	3,31 8,7	1,06	0,32	0,23	1692 Telefon. 202
	Zaw. woln.	Członk.	2,51	43,71		32,42	13,44	6,26	2,66		2146
		Chore	5,90	24,28	29,21	24,62	8,49	5,09	2,37	—	905

Przedewszystkiem uderza, że mężczyźni chorują rzadziej, bo chorych wypada 48236: 99508=48,48%, gdy kobiet 364438:66201=55%. Jestto powszechnie znana właściwość płci, która czyni kobietę mniej sprawną we wszelkich zawodach. Dalej widzimy, że wśród pracowników przeważają u mężczyzn starsi, a u kobiet — młodsze, mianowicie poniżej 30 rż. mamy mężczyzn 40,92%, a kobiet 58,93%. A że młodsi są odporniejsi na choroby, więc zachorowalność wśród kobiet jest tem większa. W dodatku część mężczyzn odbywa w okresie 21 — 24 rż. służbę wojskową, czyli pozostali są wybrakowani, jako niezdatni i chorzy, więc muszą wykazywać większą zachorowalność. Stwierdzamy ją rzeczywiście. W okresie dojrzewania (20 — 24) i dojrzałości (24 — 29) zaznacza się niestosunek pomiędzy odsetkami członków a chorych mniej wyraźnie, zwłaszcza u kobiet. Jednak u pracowników umysłowych rzecz ma się gorzej. Najwyższe %-ty wypadają tu na następne choroby: (Tabl. XXVIII).

i ch. skóry (9,5%). Wśród urzędniczek jest więcej nerwowych (7,4%), narz. zmysłów (9,1%), oddychania (7,8%) i moczo-płc. (9,9%), a mniej gruźlicy (7,5%). U handlowców zwiększa się gruźlica (4,8%), ch. nerwowe (8,1%) i n. zmysłów (11,2%), a u kobiet ch. zakaźne (6,5), nerwowe (5,1), n. zmys. (10,1), gardła (5,4) i moczo-płc. (8,7).

Od 40 rż. wypada na ubezpieczonych w poszczególnych zawodach mniej zachorowań. Wśród urzędników powiększa się odsetek ch. nerw. (7,6) i n. zmys. (15,7), a zmniejsza się gruźlica (2,2) zapewne skutkiem stałej niezdolności do pracy i wymierania, — chorób wener. (2) i skóry (7,8). U urzędniczek powiększa się odsetek ch. n. zmysłów (14,1), moczo-płc. (10,7), a zmniejsza się ch. zakaź. (5,9), gruźlicy (3,3), skóry. — od 50 — 59 podnosi się wśród urzędników % ch. n. zmysłów (17,9) i oddychania (10,9) i zjawiają się w pokaźnej liczbie ch. ukł. krążenia (8,2). Po 60 rż. podnoszą się te choroby do 15,8%, choć u ogółu starców wynoszą 10,6%.

Tabl. XXVIII.

Choroby	Urzędnicy				Handlowcy				Og. chorych	
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Męż.	Kob.
	20—24	25—29	20—24	25—29	20—24	25—29	20—24	25—29		
Zębów	15,2 %	11,7 %	12,5 %	10,1 %	18,1 %	16 %	13,4 %	10.6 %	15,55	14,41
Skóry	11,8	10,6	6,9	6,4	11,4	8,3	11,1	8,7	9,72	7,55
N. zmysłów	9,9	10,6	8.	8,4	7,5	7,9	6,6	8,7	10,29	7,45
N. Oddych.	9.	9,3	8.	6,8	11.4	13,1	9,4	8,7	13,09	9,76
Zap. gardła	5,2	4,3	5,9	3,8	3,3	3,4	4,2	4,7	3,07	3,7
Wenerycz.	8.	8,3	0,7	1,1	5,1	5,4		0,7	4,04	0,87
Gruźlicz.	7,7	6,5	8,8	10,4	5,5	3,2	6,5	7,6	4,49	5,15
Zakaźne	4,2	5,5	6,7	7,7	5,4	4,3	4,3	4,3	5,32	6.24
Mocz-płc.	1,4	2,1	5,2	5,6	1,5	1,1	5,6	8,1	1,29	6,43
Nerwowe	4.	6,2	4,1	5,2	4,5	5,7	3,4	4,9	4,01	6.91

W wieku dojrzewania i dojrzałości wysuwają się u mężczyzn pr. um. choroby weneryczne. Jest ich dwa razy więcej, niż u ogółu. Następnie idzie gruźlica, choroby skóry, gardła, nerwowe. U kobiet na 1-m miejscu stoi gruźlica, dalej choroby gardła, nerwowe, zmysłów i skóry.

W okresie 30 — 39 rż. zmniejsza się stosunek liczby chorych do liczby członków. Trudno powiedzieć, czy wyraża to poprawę stanu zdrowia, czy też zaniedbanie leczenia w Kasie. Wśród urzędników powiększa się tu odsetek ch. zakaźnych (7%), nerwowych (6,4%), narz. zmysłów (12%), oddychania (10,9%), zmniejsza się zaś gruźlica (5,8%), wenerja (4,5%), noszą 10,6%. Dalej występuje często gościec (3,8), choć u ogółu wynosi 2,6%. — Wśród urzędniczek najwięcej jest ch. n. zmysłów (18,4) i n. krążenia (9,7).

Pomijam roczniki starsze, jako nieliczne. Jednak i ten materjał, choć nie uwzględnia podziału rasy, wskazuje, że: 1) pr. um. chorują (a może tylko leczą się?) mniej, niż ogół członków, 2) kobiety pr. um. chorują częściej od mężczyzn 3) nieletni i młodzi wykazują niezależnie od płci i zawodu wyższą zachorowalność, niż członkowie po 30 rż., a wśród pr. um. zaznacza się to jaskrawiej ,niż u reszty członków. 4) Urzędnicy wykazują w wieku młodym więcej gruźlików, wenerji i

Tab. XXIX. Mężczyźni, czasowo niezdolni do pracy w 1926 r.

Grupy chorób	Ogółem 99508 czł.				Robotnicy 71145=71_{45}%				Urzędn. 13984 = 14_{05}%				Handl. 5461 = 5_{49}%				Zaw. wolne 2970=2_{98}%			
	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%
1. Zakaźne . . .	3053	16,2	34052	7,1	2330	15,6	26629	6,6	400	24,5	3859	9,6	91	21,5	1049	11,	46	22,2	618	11,8
2. Gruźlica . . .	1702	9,1	118874	24,8	1377	8,8	97924	24,4	173	10,8	10746	26,9	48	11,4	2747	28,7	21	10,1	1631	31,
3. Weneryczne . .	224	1,2	6842	1,4	177	1,1	5975	1,5	25	1,5	389	1,	7	1,6	97	1,				
4. Inne ogólne . .	463	2,5	16890	3,5	393	2,5	14277	3,5	30	1,8	1199	3,1	8	1,9	161	1,7	3	1,4	178	3,2
5. Nerwowe . . .	626	3,3	25996	5,4	486	3,1	21295	5,3	64	3,9	2675	6,7	7	1,6	57	0,6	14	6,7	461	8,8
6. N. zmysłowy .	291	1,6	6654	1,4	234	1,5	5215	1,7	30	1,8	682	1,7	9	2,1	229	2,4	4	1,9	129	2,4
7. N. krążenia . .	755	4,2	29449	6,1	702	4,5	24712	6,1	79	4,8	2856	7,2	20	4,7	494	5,2	15	7,2	366	6,9
8. N. oddychania .	1927	10,2	49856	10,4	1627	10,4	43714	10,8	457	9,7	3431	8,6	22	5,1	433	4,5	18	8,6	346	6,5
9 Gardła	993	5,2	6656	1,4	735	4,7	4055	0,9	145	8,9	1117	2,8	48	11,4	346	3,6	24	11,6	212	4,
10. N. trawienia .	1789	9,6	38784	8,1	1434	9,2	31350	7,9	178	10,9	3702	9,3	58	13,9	1706	17,9	27	13,1	686	13,1
11. Mocz-płciowa .	399	2,2	12733	2,7	297	1,9	10156	2,5	55	3,4	1707	4,3	7	1,6	143	1,5	5	2,4	159	3,
12. Skóry	1280	6,3	21410	4,5	1122	7,2	18908	4,7	64	3,9	1089	2,7	25	5,8	311	3,2	10	4,8	209	4,
13. N. ruchu . . .	1066	5,6	22978	4,8	898	5,7	20009	4,9	69	4,2	1524	3,8	17	4,	341	3,6	5	2,4	39	0,7
14. rozwojowe . .	20	0,1	530	0,9	16	0,1	300	—	2	0,1	176	0,4	2	0,5	50	0,6				
15. Urazy	3771	20,	71204	14,9	3418	21,7	63918	15,9	92	5,6	2203	5,5	39	9,2	667	7,	11	5,2	167	3,1
16. Nieokreślone .	495	2,6	16900	3,5	316	2,	13504	3,3	64	3,9	2538	6,4	16	3,7	719	7,5	5	2,4	73	1,4
Ogółem . . .	18872	100%	480027	100%	15644	100%	402837	100%	1635	100%	40016	100%	425	100%	9573	100%	208	100%	5274	100%
% ogółu. . .	100%		100%		82,8%		83,19%		8,66%		4,16%		2.25%		1,99%		1,48%		1,1%	
Chorych na 1000 czł.	189,7				218,8				116,8				77,5				70			
Dni niezdolności													1							
na 1-go członka . .			4,8				6,2				2,1				1,7				1,8	
na 1-go chorego .			25,3				28,5				24,6				22,52				25,31	

Tab. XXX. Kobiety, czasowo niezdolne do pracy w 1926 r.

Grupy chorób	Ogółem 66201 czł.				Robotnice 51539=77,85%				Urzędnicy 7936=11,98%				Handel 3187=4,81%				Zaw. wolne 2446=3,69%			
	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%	L. chorych	%	dni	%
1. Zakaźne . . .	1262	17,6	16612	8.1	793	15,2	11287	7,3	333	27,2	3507	12,6	66	18,7	913	9.	32	15.	520	7,5
2. Gruźlica . . .	830	11,4	51543	25,7	576	10,9	38784	25,3	147	12,2	7084	25,3	51	14,5	3796	37,8	33	15,4	1507	21,6
3. Weneryczne . .	19	0,3	608	0,3	17	0,1	415	0,3	1	0,1	118	0,4					1	0,5	75	1,3
4. Inne ogólne . .	307	4,2	9246	4,6	236	5,2	7527	4,9	38	3,1	857	3,1	16	4,5	271	2,7	7	3,3	431	6,2
5. Nerwowe . . .	195	2,7	7965	3,9	122	2,3	5624	3,6	47	3,7	1345	4,8	13	3,7	766	7,1	13	6.	945	13,4
6. N. zmysłów . .	56	0,8	1743	0,9	44	0,8	1317	0,8	7	0,6	93	0,3	3	0,9	69	0,7	1	0,5	53	0,8
7. N. krążenia . .	251	3,4	9311	4,6	192	3,7	7504	4,9	35	2,8	989	3,5	4	1,1	102	1.	12	5,6	293	4,2
8. N. oddychania .	490	6,8	12016	6.	346	6,6	8878	5,8	109	8,8	2203	7,9	18	5,1	347	3,4	15	7.	183	2,3
9. Gardła	536	7,4	4699	2,3	340	6,5	2747	1,8	126	10,2	1306	4,7	32	9,1	239	2,4	15	7.	222	3,1
11. N. trawienia . .	851	11,9	24823	12.	683	13,2	17365	11,2	154	12,5	4248	15,1	49	14.	1454	14,4	30	14.	784	11,2
12. Moczo-płciowe .	472	6,4	13877	7.	343	6,5	10113	6,6	78	6,3	2391	8,6	23	6,5	416	4,1	14	6,5	493	7,1
13. Ciąża, połóg .	287	4.	5744	2,8	240	4,7	4638	3.	18	1,4	313	1,1	14	3,9	554	5,5	7	3,1	98	1,4
14. Skóry	334	4,6	5438	2,7	282	5,4	4891	3,2	29	2,3	408	1,5	13	3,7	170	1,6	1	0,5	28	0,4
15. N. ruchu . . .	204	2,8	5920	2,9	160	3,2	4950	3,2	26	2,1	502	1,8	9	2,6	132	1,3	5	2,3	177	2,4
16. Rozwojowe . .	11	0,1	298	0,1					2	0,2	43	0,1								
17. Urazy	693	9,7	15456	7,8	600	11,6	13000	8,4	47	3,8	1470	5,4	26	7,4	473	4,7	10	4,7	373	5,4
18. Nieokreśl. . .	424	5,9	16590	8,2	218	4,1	14701	9,7	34	2,7	1025	3,7	15	4,3	384	3,4	17	8,2	782	11,2
Ogółem . .	7222	100%	201889	100%	5222	100%	153741	100%	1233	100%	27902	100%	352	100%	10886	100%	203	100%	6664	100%
% ogółu . . .	100 %		100%		7353%		76,1 %		1722%		1322		487				2,95		3,46	
Chorych na 1000 czł.	109				101,4				155,3				110,3				86,9			
Dni niezdolności .																				
Na 1-ną członkinię			3,05				2,99				351				3,16				2,74	
Na 1-ną chorą . .			27,96				29,45				2268				28,65				32,68	

zap. gardła, a w wieku dojrzałym — więcej ch. nerw., n. zmysłów i moczo-płc., w wieku podeszłym — nadmiar chorych ze zwapnieniem tętnic, dnę i wady wzroku. Jeszcze jeden materjał Kasy Ch. daje pewne wskazówki co do chorób, mianowicie dane co do czasowo niezdolnych do pracy skutkiem choroby. Opracowałem te dane za cały 1926 r. Zapomogi otrzymywało ogółem 26094 chorych w ciągu 681916 dni, czyli na 1000 członków wypada 157,47 czasowo niezdolnych, a na chorego 26,12 dni niezdolności. Z tego wypada na robotników mężczyzn 71145 (71,45%) i kobiety 51539 (77,85%), na urzędników 13984=14,05%, urzędniczki 7936=12%, handlowców 5461=5,5% i 3187=4,8%, zaw. wyzwolonych 2970=3% i 2446=3,7 %. Na 1000 członków było niezdolnych 189,7 mężczyzn i 157,8 kobiet (bez służby dom.). U robotników wynosi — 39 zachorowalność 218,8 a u robotnic 170. U pr. um. zachorowalność jest mniejsza od przeciętnej, a u kobiet — wyższa, mianowicie: u urzędników 116,8, u u-czek 153,3, u handlowców 77,5 i 110,3, u zaw. wyzw. 70 i 869. Możnaby stąd wnosić, że kobieta nadaje się raczej do pracy cielesnej, niż umysłowej. (Tabl. XXIX i XXX).

Na mężczyznę przypada przeciętnie 25,3 dni niezdolności do pracy, na kobietę 28, na robotnika 28,5, na robotnicę 29,5; na urzędnika 24,6 i 227,2; na handlowca 22,5 i 28,7, na zaw. wyzw. 25,3 i 32,7 dni, czyli niezdolność do pracy trwa u kobiety dłużej.

W szeregu chorób, wywołujących niezdolność do pracy, 1-e miejsce zajmują urazy. Jest ich u mężczyzn 20%, u kobiet 10 dni na chorego. Na 3-m miejscu stoją ch. trawenia. U mężczyzn jest ich 9,6% u kobiet 11,9%, u robotników 9,2 i 13,1%, u urzędników 10,9 i 12,5%. — Na 4-m miejscu stoi gruźlica (9,7% zachorowań i 25,1 dni niezdolności). Z tego przypada na mężczyzn 9,1 i 24,8% dni, na kobiety 11,4% i 25,7% dni. Wynosi to u gruźlika 69,8 dni na rok, u gruźliczki 62. Chociaż gruźlica uchodzi za chorobę proletarjacką, jednak % chorych są mniejsze wśród robotników (8,8 i 10,1%) i również dni niezdolności (22,1 i 25,2). Najwyższe % gruźlików spotykamy w następujących zawodach: Tabl. XXXI.

A więc częstość gruźlicy jest większa od przeciętnej u pr. umysł. a wyższe odsetki spotyka się tylko u robotników, pracujących w kurzu i pyle. Wśród prac. um. mają być dotknięci najbardziej nauczyciele. Zbadawszy 727 moich słuchaczów z Pań. Wyż Kursów Naucz., stwierdziłem gruźlicę w początkowym okresie u 6% nauczycieli i 8,9% u n-lek.. — Na 5-m miejscu stoją ch. narz. oddychania niegruźlicze. Jest ich 9,3% ogółu i 9,1% dni niezdolności, co daje na chorego 25,5 dni. U mężczyzn mamy 10,2% chorych i 10,4 % dni, u kobiet 6,8% i 6%. Urzędnicy wykazują wyższe odsetki. — Na 6-m miejscu stoją ch. skóry. Jest ich 6,2% i dają 3,9% dni niezdolności. U pr. um. są one rzadkością. — Na 7-m miejscu stoją ch. gardła. Jest ich 5,9%, a dni niezdolności 1,7%. Kobiet jest tu więcej (7,4%) i chorują dłużej (8,8 dni). U urzędników i handlowców choroba jest znacznie częstsza, trwa dłużej i daje często powikłania w postaci gościa, zapalenia błon surowi-

Tabl. XXXI.

	Robotn. odzieżowi	Włókiennicy	Graficy	Zawody wolne	Handel	Urzędnicy	Służba domowa	Ogół
Mężczyzni	14,85 %	13,8%	12,87%	10,0,9%	11,38%	10,8%	—	9,1 %
Kobiety	14,08	14,28	16,01	15,36	14,48	12,2	10.29	11,4

9,7% u robotników 21,8% i 11,5%, u urzędników 5,6 i 3,8%, u handlowców 9,2 i 7,4%, w zaw. wyzw. 5,2 i 4,7%. — Na 2-m miejscu stoją choroby zakaźne: u mężczyzn wynoszą one 16,2% zachorowań i 7,1% dni niezdolności do pracy, u kobiet 17,6 i 8, 1%. U urzędników przypada na ch. zak. 24,5% i 27,2% zachorowań i 9,6% i 12,6% dni niezdolności, czyli 9 — czych, wsierdzia, miedniczek. — Na 8-m miejscu stoją ch. kości, stawów i narządów ruchu (krzywica, zapal. okostnej, kości, szpiku, bóle mięś. i t. p.) Ugrupowanie jest wadliwe, lecz przyjęte przez konwencję Paryską 20 r. Tych różnorodnych chorób jest 4,9%, a dni niezdolności 4,2%. U pr. um. spotyka się je rzadko. — Na 9-m miejscu stoją ch. n. krążenia. jest ich

3,9% i 5,7% dni niezdolności. U mężczyzn jest ich 4,2%, u kobiet 3,4%. Spotyka się je częściej u zawodów wyzwolonych, urzęd., handl. — Na 10-m miejscu stoją ch. moczowo-płciowe. Jest ich 3,3%, a na chorego przypada 30,5 dni. U kobiet są one 3 razy częstsze, a doliczywszy jeszcze ciążę i połóg (4%), otrzymamy na te narządy 10% wszystkich ch. kobiet. Wśród mężczyzn wypadają najwyższe odsetki na urzędników (3,4% ch. i 4,3% dni) — Na 11-m miejscu stoją ch. nerwowe (3,1% chorych i 4,9% dni). U mężczyzn są częstsze (3,3%) i liczba dni wynosi 41,5. Pr. umysł. wykazują wyższe odsetki, Wśród urzędników przypada na:

	u ogółu mężczyzn	u pr. um. mężczyzn	u kobiet
porażenia	14,17%	32 %	14,9%
ch. umysłowe . .	2,9	4	4,2
padaczkę	7	14	2,1
zapalenie mózgu .	0,3	4	2,1
nerwice i nerwob. .	75,1	56	76,7

Na 12-m miejscu stoją rozmaite choroby ogólne (nowotwory, gościec, cukrzyca, wole i t. d.). Każda z nich zasługuje na uwzględnienie, choć jest ich 3% i dają 3,8 dni niezdolności. Przewaga jest u kobiet (4,2% i 4,6% dni). Robotnicy chorują częściej i dłużej na gościec i dnę. U kobiet spotyka się często wole. W książce: Próba statystyki raka w Rzeczp. Polskiej (1926 r.) zanotowałem u mężczyzn 98 przyp. wola na 1477 guzów (6,7%), a u kobiet 203:2012=10,1%. — Dalej idą choroby narz. zmysłów (1,3% chorych i 1,2 % dni). Spotykamy je częściej u mężczyzn, pr. umysł. Wreszcie — ch. weneryczne (0,9% chorych i 1,1% dni). Jest ich 4 razy więcej u mężczyzn i częstsze są u pr. umysł. niż u robotników. Niestety nie mamy danych o stanie rodzinnym tych chorych.

Te wszystkie dane są naogół zgodne z danemi, zdobytemi osobiście przeze mnie przy badaniach bezpośrednich. Dzięki temu materjał nasz rozszerza się znakomicie. Mam pozatem jeszcze jeden czynnik, którego brak odczuwałem przy wyliczeniach, mianowicie podział członków podług stanu zamożności. W książce rozwój cielesny proletarjatu Warszawy... (1912 r.) uwzględniam to pytanie na zasadzie bezpośrednich wywiadów, przeprowadzonych u 14000 moich chorych w przychodni bezpłatnej. W Kasie Ch.. trudno to uskutecznić masowo, bo chorzy uchylają się od odpowiedzi. Podział członków na 6 grup ubezpieczeniowych ułatwia to zagadnienie. Pokazuje się, że kobiety są uposażone znacznie gorzej: (Tabl. XXXII).

Tabl. XXXII. Zachorowalność niezdolnych do pracy w grupach zarobkowych.

	Gr. zarobkowe	Ogół	Mężczyźni					Ogół	Kobiety				
			I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V
Ogółem	L. czlonk. .	60541	23100	24867	7499	3665	1412	51297	42075	6169	1405	560	98
	%	100	38,3	41,2	12,4	5,8	2,3	100	84	12.	2,7	1,1	0,2
	L. chorych . .	18872	4421	8610	3450	17 0	591	7215	4318	1913	672	262	50
	%	100	23,5	45,7	18,4	9,2	3,2	100	59,8	26,5	9,4	3,6	0,7
	Na 1000 . . .	311,9	191,4	345,3	460.	464,4	419.3	121,2	101 1	309,	476,4	64,8	510,2
Urzędnicy	L. członk. . .	7187	866	2571	1726	1357	668	4014	763	1811	977	402	61
	%	100	12,1	35,8	23,9	18,9	9,3	100	19.	44,8	24,7	10.	1,5
	L. chorych . .	1634	113	423	479	387	232	1231	130	483	401	190	37
	%	100	6,9	25,9	29,4	23,7	14,1	100	9,7	39 3	32,6	15,4	3.
	Na 1000 . . .	227,2	130,4	164,5	277,3	284.5	347.4	306,8	157,3	266.7	410.4	472.6	606
Handlowcy	L. członk. . .	4780	2349	1317	535	300	79	2780	1924	700	106	29	3
	%	100	49,2	31,6	11,2	6,3	1,7	100	69,8	25,2	3,8	1,1	0,1
	L. chorych . .	425	172	131	74	32	16	352	219	113	14	6	—
	%	100	40,3	30,8	17,5	7,6	3,8	100	62,7	32.	3,6	1,7	
	Na 1000 . . .	88,9	73,2	86.2	131,2	106 6	202.5	133,3	113,2	161 4	132	206.9	
Zaw. wolne	L. członk. . .	1719	459	472	269	318	201	1583	855	577	137	101	25
	%	100	26,2	27,6	15,6	18,5	11,7	100	50,6	34.	8.	5,9	1,5
	L. chorych . .	208	26	44	21	49	68	207	74	51	36	35	11
	%	100	12,5	21,1	10,1	23,5	32,8	100	35,8	24,7	17,4	16,9	5,2
	Na 1000 . . .	120,9	56,9	93,4	78,1	154,1	338,3	130,9	85,4	88.3	262,8	8346,5	440

Poniżej 100 zł. miesięcznie zarabia kobiet 84%, gdy mężczyzn 38,3%. Są to w dużej mierze służące, które otrzymują poza poborami całkowite utrzymanie i mieszkanie . W gorszych warunkach jest 19% urzędniczek i 12,1% urzędników tej grupy, 69,8% kobiet i 49,2% mężczyzn, zajętych w handlu i 50,6% kobiet i 26,6 męż. w zawodach wyzwolonych. Są to przeważnie młodociani pracownicy, zamieszkali przy swych rodzinach, bo sami nie mogliby wyżyć z tak niskiego uposażenia. Na tę grupę najgorzej uposażonych przypada znacznie mniej chorych. Nie zależy to od dużej liczby młodocianych, bo oni właśnie chorują najczęściej. Prawdopodobnie zależy to od obawy utraty zarobku wrazie dłuższej choroby, co jest czynnikiem rozstrzygającym u gorzej płatnych pracowników.

W II-ej grupie, zarabiającej od 101 — 200 zł., widzimy wśród robotników wyższe % chorych, niż członków i wyższą zachorowalność, niż przeciętna. U pr. umysł. stosunki są odwrotne, wyjąwszy u kobiet, zajętych w handlu. We wszystkich następnych grupach zarobkowych mamy wyższe odsetki chorych, niż członków i stale wzrastającą zachorowalność. Zestawienie grup zarobkowych i zawodowych wskazuje, u pr. cielesnych większą zachorowalność stale mężczyzn, a u pr. umysł. — kobiet.

Liczba dni niezdolności do pracy na chorego przedstawia się w poszczególnych grupach zarobkowych, jak następuje: (Zarobek: I — do 100 zł., II — 101 — 200, III — 201 — 300, IV — 301 — 500, V — powyżej 500 zł. mies.) (Tabl. XXXIII).

Tabl. XXXIII.

	Mężczyźni						Kobiety					
	Ogółem	I	II	III	IV	V	Ogółem	I	II	III	IV	V
Ogółem	25,3	22,5	26,2	29,4	24,6	20,8	27,9	29,7	27,7	21,4	19,7	15,5
Robotn.	29,5	21,5	26,6	30,8	20,8	22,1	29,5	29,7	28 6	33,5	20,1	17,5
Urzędn.	24 6	31,3	27,1	24,9	21,7	21,4	22,5	26,2	26,6	18,7	19,7	15,2
Handlow.	20,2	14,1	22,1	30,5	22,2	18,2	28.6	28,8	28,9	21,2	35,6	
Z. wolne	25,3	28,8	39,6	35,7	17,7	17,1	29.9	39,1	20,9	35,2	22 3	16,1

A więc na najgorzej uposażonych robotników wypada najmniej dni niezdolności do pracy, a na najgorzej uposażonych urzędników — najwięcej. To może znaczyć, że albo choroby źle płatnych urzędników są cięższe, albo pracownik dniówkowy pragnie prędzej powrócić do pracy, niż otrzymujący stałe pobory. U pracow. umysł. trwa niezdolność do pracy tem krócej, im wyższa jest grupa zarobkowa. Mogłoby to przemawiać za podniesieniem zarobków, gdyby jednocześnie nie powiększała się zachorowalność w wyższych grupach zarobkowych.

Wnioski.

Poznaliśmy w głównych zarysach życie pracowników umysłowych. Nasze dane są tem cenniejsze, że mogliśmy je porównywać z innemi zawodami, klasami i stanami, czyli uwypuklić na tej podstawie szereg cech właściwych omawianej grupy pracowników. A chociaż ta grupa jest zbyt wielka, choć zasługuje na rozbicie na mniejsze, mające często właściwości odrębne, które zacierają się w masie, jednak nie można było tego uczynić, aby nie otrzymać liczb zbyt małych, które prowadziłyby do wniosków przypadkowych. Ugrupowanie pracowników umysłowych jest naogół trudne. Sam zakres wykształcenia nie wystarcza, bo nawet wyższe uczelnie nie wypuszczają ludzi dojrzałych i wykształconych ,tylko przeważnie zawodowców. A zajmowane stanowisko jest nader często wyrazem poparcia i wpływów postronnych, a nie właściwego przygotowania.

Pomimo wszelkie zastrzeżenia, jakie możnaby uczynić co do naszego materjału, nie ulega wątpliwości, że pozwala on wejrzeć w życie pracownika umysłowego i oświetlić je dość wszechstronnie. To nie jest jakieś spostrzeżenie dorywcze, zdolne natchnąć pisarza do stworzenia powieści obyczajowej. To jest zgrupowanie tysięcy ludzi, mających średnie i wyższe wykształcenie, i danie im pewnej wspólnej charakterystyki. Ze stanowiska społecznego i państwowego ma to doniosłe znaczenie. Warunki stwarzają człowieka i pracownika. A jeżeli ma on zbyt rażące cechy ujemne, to należy pomyśleć o zmianie tych warunków. Nie jest to łatwe zwłaszcza,

gdy chodzi o warunki gospodarcze, uzależnione od bardzo złożonego splotu różnorodnych czynników. Jednak ogólny kierunek państwowy mocen jest oddziaływać na stan umysłowy i rozwojowy obywateli, na stworzenie podniosłych dążności i nastroju obywatelskiego, zdolnego oceniać zjawiska nie z osobistego i partyjnego punktu widzenia. Szkoła przejęta jest zbytnio poszukiwaniem najlepszego programu nauczania, nauczyciel i profesor zbyt usiłuje wkuć w ucznia wszystkie swe wiadomości, kierownictwo zbyt przestrzega formalnych wymagań porządku i posłuszeństwa. To są skamieniałe szablony, przypominające żywo czasy, gdy zakuwano nas wyjątkami z 3-ej deklinacji łacińskiej i greckiemi aorystami.

Jeżeli nasza praca wykazała, że pracownik umysłowy ma zbyt wygórowane pojęcie o sobie, nastawiony jest na zrobienie karjery życiowej i zdobycie dla siebie przywilejów, to wskazuje, że szkoła nie spełniła swego obowiązku: oleum et tempus perdidit! Nawet stado brakuje się, by nie hodować marnot, lecz materjał doborowy. Stary zakon nakazywał poświęcać Panu wszelkie pierworodne, bo pasterz zrozumiał rychło, że jest ono niezdatne na chów. W zakresie kształcenia winna obowiązywać podobna zasada. Szkoła powszechna — dla wszystkich, a średnia, zawodowa, wyższa — tylko dla wybranych, którymi mogą być nietylko najzdolniejsi, lecz przedewszystkiem miłujący pewien zakres pracy, ożywieni dążnością doskonalenia się i zdziałania czegoś dla dobra Ojczyzny. Te dążności winien umieć podpatrzeć kierownik młodzieży, rozdmuchać tę iskierkę, by jej światło i ciepło starczyło na drogę życia. Jeżeli tego nie uczyni, jest tylko łbem zakutym, który winien być corychlej usunięty ze szkoły.

Rozważając szereg zagadnień z życia pracownika umysłowego, musielibyśmy wielokrotnie wyjaśniać, że wiele niedomagań, niedoli, nieszczęść, chorób, zawodów, załamań były bezpośredniem następstwem braku jakichkolwiek podstaw obywatelskich, ludzkich, życiowych. Nastawienie na zdobycie najkorzystniejszych warunków materjalnych zmarnowało niewątpliwie wiele dobrych jednostek, które mogły były wyrosnąć na dzielnych obywateli. Nam, urodzonym w niewoli, przyświecała przez lat dziesiątki wielka idea, której ziszczenie mieliśmy szczęście widzieć własnemi oczyma. Młode pokolenie, zrodzone w wolnej Polsce, nie zdaje sobie sprawy z tego, czem była niewola, i nie rozumie niebezpieczeństwa, jakie nad nami wisi. Wolność i bezkarność, wprowadzona w szkołach, podtrzymuje ten stan rozchełstania, który uczy młodzieniaszków żerowania na Państwie, zamiast oddania Mu wszystkich sił i zdolności, jako wspólnemu dobru. Pijany student, włóczący się po domach publicznych, bijący się z alfonsami i szumowinami o nierządnicę, zarznięty przez nich sromotnie, staje się przedmiotem rozruchów studenckich w całej Polsce, bohaterem, za którego odprawia się nabożeństwa na wezwanie korporacyj, które winny były wyprzeć się łączności z tak sromotnie skompromitowaną jednostką. A władze patrzą bezradnie na te wystąpienia, zamiast przeprowadzić doraźnie brakowanie tej owczarni i usunąć z uczelni jednostki, które nie zapowiadają się na dzielnych pracowników umysłowych.

Stan cielesny, zdrowotny, moralny, rodzinny, obywatelski klas, pracujących umysłowo, nie jest jeszcze u nas rozpaczliwy. W Rosji carskiej, Niemczech, Austrji był on znacznie gorszy, zwłaszcza wśród urzędników. Tylko w Danji, Szwecji, Szwajcarji stosunki te wyglądały dobrze jeszcze przed wojną. Ale tam, a nawet w Cieszyńskiem, syn po skończeniu wyższego zakładu wracał do ojcowskiego pługa i nie wywyższał się nad braci, którzy poprzestali na szkole powszechnej. Wiedza, doświadczenie, rozum są wielkiemi wartościami, lecz nie powinny dawać przywilejów poza jednym, że na takiego wybrańca zwrócone są oczy jego rodaków, którzy mogą go powołać na najbardziej odpowiedzialne stanowiska.

Uwagi powyższe dotyczą przedewszystkiem mężczyzn. O kobietach należy powiedzieć, że przyroda wzięła u nich górę nad hasłami wyzwoleńczemi, które nie dały się urzeczywistnić. Wprawdzie zaginął typ panny na wydaniu, grającej na fortepianie i kaleczącej francuszczyznę mężatki i uosobnienia wstecznictwa i przesądów ciotki. Jednak kobieta podawnemu uważa za najważniejsze zadanie podobać się mężczyźnie, znaleść dla siebie pana, jeżeli nie wymarzonego, to przynajmniej takiego, jaki się zdarzy. O ile nie uda się wyjść za mąż, czuje się źle i popełnia szereg niewłaściwości, odbijających się ujemnie na jej zdrowiu i równowadze. Ale i zamążpójście

nie daje kobiecie prawdziwego zadowolenia. Przedewszystkiem wielki zawód, że wyobrażane, wymarzone szczęście wygląda zupełnie pospolicie. A dalej niemożność dostosowania się do warunków gospodarczych i naginanie do nich rozrództwa brzemienne jest w zawody, niedole, choroby. Wreszcie brak zadowolenia płciowego u znacznej części kobiet czyni z nich dosłownie: „rzecz, która jego jest“. Nic więc dziwnego, że kobieta czuje się źle i stara się zagłuszyć wszelkiemi sposobami, począwszy od używek, strojów, zabaw, a kończąc na dewocji.

Niepodobna zagłuszyć w kobiecie wrodzonego pragnienia dziecka. U niezepsutych i niezmanjerowanych bierze ono górę nad wszelkiemi innemi pragnieniami i wiele młodych matek zapomina o uzyskanych dyplomach i o ich wykorzystaniu, bo niemowlę i dziecko pochłania je całkowicie. Okazuje się przytem, że młoda lekarka nie posiada podstawowych wiadomości o dziecku, jego pielęgnowaniu, chowaniu. Często w tych sprawach musi zabierać głos doświadczona babka i ciotka, choć zdawałoby się, że nie na to kończyło się medycynę, by być, jak tabaka w rogu. Wartoby, aby się nad tem zastanowili profesorzy, dbali o naszpikowanie umysłów słuchaczów najnowszemi teoryjkami, lecz zaniedbujący sprawy podstawowe. Dyplom młodej matki pozostaje w zawieszeniu u tych, które ulegają bardziej głosowi przyrody, niż agitacji wyzwoleńczej. Emancypantki natomiast chcą podporządkować macierzyństwo żądzy samodzielności: wyręczają się mamkami, niańkami, bonami, narażając się na utratę dziecka, lub spaczenie jego wychowania. To prowadzi do zawodów i nieszczęść, spotykanych tak często.

Kształcenie dziewcząt jest na mylnej drodze. Zaniedbano całkowicie przygotowanie praktyczne, które winnoby nauczyć przyszłą żonę i matkę gospodarstwa domowego, oszczędności, samowystarczalności. One stanowią nie mniej, niż wysokość zarobku męża. 15 lat próby zrównania kształcenia dziewcząt i chłopców nie dało wyników pożądanych. Czas nawrócić z błędnej drogi!

Streszczenia wykładów kursu przeciwjagliczego.

PROF. W. KAPUŚCIŃSKI.

Objawy i przebieg kliniczny jaglicy.

Na obraz jaglicy w klinicznem życiu codziennem składają się następujące cechy: 1) nastrzyknięcie 2) przerost śluzówki 3) przerost brodawkowy 4) nagromadzenie komórek limfatycznych (czyli wystąpienie nie ziarn jagliczych).

Są postacie jaglicy, gdzie wszystkie te cechy występują w zespole. Będziemy mieli wtenczas klasyczną postać rozwiniętej jaglicy. Najróżnorodniejsze są odchylenia od tego obrazu, gdyż równomierność nasilenia poszczególnych cech nie zawsze się trafia. Obraz kliniczny będzie wykazywał niektóre z tych cech w tak nikłem nasileniu, że rozpoznanie może być bardzo trudne. Ponieważ nie znamy zarazka jaglicy — musimy szukać innego probierza, którem jest typowe ziarenko jaglicy.

Znajduje się ono głeboko w załamku, jest stosunkowo duże i zawartość jego daje się bez trudu usunąć. Bardzo charakterystyczną cechą jest wygląd aksamitowaty spojówki, jako wyraz przerostu brodawkowego.

Z powikłań wysuwa się na pierwszy plan łuszczka jaglicza w górnym odcinku rogówki. Czasem na brzegu łuszczki tworzą się owrzodzenia, powodujące wytworzenie się plam.

Dalszem powikłaniem w postępie choroby jest zawijanie się powiek ku gałce, przez co rzęsy trą o powierzchnię rogówki i mogą wywołać wrzody.

O ile żadna z komplikacyj nie nastąpi, wtedy sprawą jaglicza może zupełnie ustąpić i obraz spojówki zbliży się do stanu który uważa się za normalny. Zejście takie występuje, o ile chory był leczony wytrwale i konsekwentnie. W innym wypadku też wystąpi wyleczenie jaglicy, lecz obraz kliniczny będzie inny. Na odwróconej powiece wystąpią całe place zbliznowaconej tkanki. Spojówka się kurczy i równocześnie z tem wystąpią zmiany w tarczy przez co brzeg rzęsowy zawija się na wewnątrz ku gałce ocznej. Sprawa destrukcyjna sięgać może jeszcze głębiej i doprowadzić do utraty wzroku.

*
* *

PROF. SZYMAŃSKI.

Zarys badań nad etjologją jaglicy.

Autor podaje 50 przypuszczalnych zarazków jagliczych, publikowanych przez rozmaitych badaczy od r. 1881. Prace te bardzo liczne i nieraz b. żmudne, dotychczas jednak nie dały rozwiązania tego ważnego zagadnienia naukowego i nie doprowadziły do wyraźniejszych rezultatów.

DR. M. ZACHERT.

Sześć lat planowej kampanji przeciwjagliczej w Polsce.

Akcja zwalczania jaglicy polegała 1) na zbieraniu danych o nasileniu jaglicy i przeprowadzaniu perjodycznych badań w zbiorowiskach zwartych jak zakłady, szkoły etc

2) na zwalczaniu jaglicy w zakładach opiekuńczych i szkołach, na organizacji przychodni przeciwjaglicznych i prowadzeniu akcji hygjenicznej wśród ludności,

3) na przygotowania zastępu kwalifikowanych lekarzy do prowadzenia instytucyj przeciwjagliczych,

4) na propagandzie przeciwjagliczej.

Wyniki tej akcji, w przeciągu 7 lat od grudnia 1924 r.:

I) Zorganizowano poza zakładem istniejącym w Wilkowcach 5 większych zakładów opiekuńczych dla dzieci jagliczych na ogólną liczbę 1200 dzieci oraz 9 prowizorycznych zakładów z 2000 miejsc.

W miarę zmniejszania się zajagliczenia zakłady perjodyczne likwidowano.

II) Akcja zwalczania jaglicy w szkołach polegała na a) usuwaniu ze szkół dzieci chorych na jaglicę na okres największej zakaźności b) izolowaniu i leczeniu dzieci jagliczych w oddzielnych szkołach.

III) Za najodpowiedniejszą instytucję do zwalczania jaglicy została uznana przychodnia przeciwjaglicza. W r. 1925 było tych przychodni 11, w r. 1930 337. Ogółem zarejestrowano w przychodniach ćwierć miljona osób. Dla przygotowania lekarzy do pracy w przychodniach organizuje Departament Służby Zdrowia poczynając od r. 1926. ośmiodniowe instrukcyjne kursy dla lekarzy w Warszawie. Dla akcji propagandowo-zapobiegawczej oddano do użytku wydawnictwa propagandowe o charakterze popularnym.

Działalność przychodni przeciwjagliczych uzupełniają t. zw. lotne oddziały oczne, których zadaniem jest objeżdżanie różnych miejscowości, szczególnie na Wileńszczyźnie, udzielanie porad bezpłatnie i wykonywanie zabiegów. Kolumny te zyskały sobie dużą popularność a praca ich jest olbrzymia.

Ogółem oddział przeciwjagliczy objął pod swoją opiekę w r. 1930 150.000 osób, co najlepiej świadczy o rozległości prowadzonej akcji.



CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O zapobiegawczem szczepieniu gruźlicy za pomocą BCG, podawanego doustnie u młodzieży i dorosłych nie alergicznych. (Sur la vaccination préventive de la tuberculose par le BCG, administré par voie buccale chez les adolescents et les adultes non allergiques). A. Calmette.

Presse Médicale. N. 20. 1933.

Z chwilą gdy przekonano się o zupełnej nieszkodliwości szczepionki BCG u osesków zaczęto się zastanawiać nad koniecznością rozciągnięcia tej metody uodporniania i do osób starszych, które choć uniknęły zakażenia gruźliczego w wieku bardzo młodym, pozostają jednak w niebezpieczeństwie w stosunku do nieznanych źródeł zakażenia gruźliczego. Jako nadające się do szczepienia można było uważać tylko te osoby, które nie przedstawiają żadnych widocznych śladów zakażenia gruźliczego, nie są alergiczne, nie reagują na tuberkulinę. Ponieważ w Europie olbrzymia większość ludzi, a właściwie, jeżeli chodzi o dorosłych, prawie wszyscy są alergiczni, autorzy przeprowadzili swe badania w Afryce równikowej, gdzie większość ludności jeszcze nie reaguje na tuberkulinę. Badania te przeprowadzono w dwóch serjach: w pierwszej szczepionkę stosowano podskórnie, w drugiej podawano ją doustnie, gdyż doświadczenia wykonane na różnych gatunkach zwierząt wykazały, że i u zwierząt dorosłych jelito przepuszcza żywe, jadowite, a także osłabione laseczniki gruźlicze. Badania wykonane w Brazzaville wykazały po 3 miesiącach, że 55% osób uodpornionych doustnie zaczęło reagować na tuberkulinę. Liczba osób, u których wystąpiła alergja po uodpornieniu doustnem była o 10% większa, niż po szczepieniach podskórnych. BCG podawano w tych samych dawkach co noworodkom t. j. albo 3 razy po 0,03 gr. albo 0,05 lub 0,1 gr. jednorazowo. Te dawki, a nawet dawki znacznie większe do 1 gr., nie dawały żadnych szkodliwych ubocznych objawów. Autor przypuszcza, że tą drogą da się uodpornić, nie reagujące na tuberkulinę, ludy rasy czarnej. W Europie należy dążyć do uodpornienia młodzieży szkolnej, a także ludności wiejskiej, napływającej do miast. Autor porusza konieczność uodporniania personelu pomocniczego, zatrudnionego w sanatorjach, a także studentów medycyny i stawia wniosek aby studenci, wstępujący na wydziały lekarskie podlegali badaniu wstępnemu, obejmującemu także jedną z prób tuberkulinowych. W razie dodatniego wyniku tej próby dalsze badania kliniczne, bakterjologiczne i rentgenologiczne powinny być wykonane. Jeżeli wynik próby tuberkulinowej jest ujemny należałoby studentów dopuszczać do praktyki szpitalnej nie wcześniej niż w 5 tygodni po zaszczepieniu BCG sposobem doustnym według opisanej metody albo też drogą podskórną. Każdy student powinien mieć książeczkę sanitarną i przed dopuszczeniem do praktyki szpitalnej być obowiązkowo szczepionym przeciwko ospie, błonicy i tyfusowi.

Kierunki chemiczne w leczeniu miażdżycy tętnic. (L'orientation chimique du traitement de l'athérome arteriel). M. Loeper.

Revue de Médecine. N. 2. 1933.

Autor zalicza miażdżyce do grupy cierpień strącających przy powstawaniu których największe znaczenie posiadają wapno i cholesteryna. Całe leczenie miażdżycy polega na wytworzeniu warunków, nie pozwalających na powstawanie strątów oraz na ich rozpuszczaniu o ile to jest jeszcze możliwe. Warunki do powstawania strątów są szczególnie korzystne w tętnicach, gdyż ze wszystkich tkanek tętnice zawierają najwięcej wapna i cholesteryny. Z tych też względów djeta chorych miażdżycowych powinna zawierać niewiele tych ciał. Ze środków leczniczych największe znaczenie mają te, które zapobiegają wytwarzaniu się złogów wapna, należy do nich w pierwszej linji krzemian i jodek sodu. Działanie krzemianu sodu nie jest jasne, możliwe jest że ułatwia on wydzielanie i krążenie jeszcze nie strąconych połączeń wapna, nie można jednak przypuszczać żeby rozpuszczał już wytworzone stràty. Stosuje się go w dawkach 1 — 2 gramów dziennie,, rozpuszczając 2—8 gr. krzemianu w 200 cm^3 wody. Chorzy naogół źle znoszą ten środek. Wstrzykiwania śródżylne krzemianu sody dają według autora czasami wyniki korzystne w przypadkach miażdżycy obwodowej oraz swędzenia starczego. Jodek sodu, który w przypadkach miażdżycy jest korzystniejszy od jodku potasu, podaje się w dawce od 0,5 — 2,0 gr. w 5 — 10 — 15% rozczynach. Środek ten działa rozszerzająco na naczynia, prowadzi więc do lepszego odżywiania naczyń zmienionych, pozatem mobilizuje on prawdopodobnie wapno, nie można jednak powiedzieć dokładnie jaki ma wpływ na jego rozkład. Ponieważ wapno strąca się w środowisku zasadowem próbowano przez podawanie kwasu mlecznego i fosforowego wywołać zakwaszenie tkanek. W doświadczeniach autora kwas mleczny nie wykazał żadnego działania, stalsze i korzystniejsze działanie zdaje się wywierać kwas fosforowy, — stosowany w dawce 0,5 dziennie w rozczynach 5/200. Jedynym znanym rozpuszczalnikiem cholesteryny jest insulina. Inne wyciągi trzustki pozbawione insuliny zdają się więcej działać na naczynia podobnie jak i pochodzący z wątroby Eutonon Zuelzera i vagotonina Santenoisa. Na cholesterynę krążącą zdają się również oddziaływać i inne wyciągi organiczne, ekstrakty jajnikowe, pepsyna, tyroxina, możliwie że te środki działaja na złogi cholesterynowe w tkankach. Powiększenie wydzielania wapna i

cholesteryny przeciwdziałać musi także w tworzeniu się ich złogów w tkankach. Ponieważ wapno wydziela się głównie przez jelita a cholesteryna w żółci, wskazane jest stosowanie środków przeczyszczających i żółciopędnych. Z tych ostatnich autor zaleca najbardziej siarczan sodu i atofan. Promienie ultrafioletowe również wpływają na wydzielanie, a może i na rozpuszczalność cholesteryny ,należy je jednak stosować ostrożnie, tylko u tych osób których tętnice nie przepuszczają promieni X.

Adrenaliny, ergotiny nie powinno się podawać gdyż powiększają one ciśnienie krwi i uszkodzają gładkie włókna. Podobnie toksyczne działanie mają również i pewne produkty spożywcze jak dziczyzna, pieprz, kwas szczawiowy.

Zmiany miażdżycowe wytwarzając się nietylko w tętnicy głównej, ale i w małych naczyniach członków i narządów doprowadzają do ich zwężenia i zaczopowania. Wynikiem tego są zgorzele, zawały, bóle, chromanie przestankowe. Objawy zwężenia naczyń w kończynach są charakterystyczne, występują bóle, silniejsze w czasie ruchu, znane jako t. zw. chromanie przestankowe, sinica kończyny, tętno albo jest bardzo słabe, albo niemacalne ciśnienie tętnicze jest nizkie, wahania oscylometryczne prawie niewidoczne.

W przypadkach tych należy działać z jednej strony na skrzeplinę, zamykającą światło naczynia, z drugiej strony na samo naczynie starając się je rozszerzyć. Odpowiadają tym wymaganiom dwa rodzaje środków, z których pierwszy, cytrynian sodu, działa na samą skrzeplinę, a drugie, do których należy czosnek i acetylcholina na światło naczynia. Cytrynian sodu działa, według autora, nietyle na samą skrzeplinę, ile raczej ułatwia krążenie w częściowo zamkniętem naczyniu przez swe obniżające działanie na lepkość krwi. Cytrynian sodu stosuje się w dość dużych dawkach 8 — 12 gr., dziennie, łącznie 20 gr. cytrynianu sodu z 80 gr. cukru mlecznego. Z mieszanki tej bierze się 3 — 4 łyżeczki dziennie. Dodatek boranu sodu powiększa działanie cytrynianu. Oba środki można podawać razem w ilości po 10 gr. na 200 cm^3 wody z dodatkiem 5 cm^3 gliceryny, po 3 łyżeczki dziennie.

Działanie czosnku jest podobne do działania histaminy, ale mniej gwałtowne, rozszerza on naczynia włosowate i dzięki temu wpływa na obniżenie ciśnienia krwi. Ponieważ czynnik działający czosnku, dwusiarczek diaallylu rozpada się w stężonym alkoholu i ulatnia się w odwarach, nasto je czosnku należy sporządzać z 60% alkoholu i trzymać w dobrze zamkniętych butelkach. Stosuje się nalewkę w dawkach po 20 kropli trzy razy dziennie. Autor podawał także czosnek domięśniowo bez żadnych objawów ubocznych w rozczynach oliwy w dawce po 0,02 cm^3. Miejsce wstrzyknięcia jest przejściowo bolesne. Acetylcholina działa korzystnie przez swój wpływ rozszerzający na tętnice, obniża ona ciśnienie krwi, ale jej działanie występuje tylko gdy jest zastosowana podskórnie w dawce 0,1 — 0,2. Działanie acetylcholiny może być jeszcze powiększone przez dodanie 0,001 yohimbiny. Pochodna acetylcholiny, alphamethylacetylcholina ma słabsze działanie, ale może być podawane doustnie. Yohimbina działa również wzmacniająco na pochodne acetylcholiny.

W przypadkach zgorzeli wykonanie sympatektomji okołotętniczej poprawia krążenie dzięki temu, że objawy zgorzeli mogą być spowodowane więcej skurczem naczynia, niż jego zatorowaniem. W tym przypadku zniszczenie włókien współczulnych znosi skurcz naczynia i poprawia krążenie. Jednakże wykonanie zabiegu na naczyniach miażdżycowo zmienionych jest trudne i wynik zdaje się być korzystniejszy w stosunku do objawów bólowych niż do samego zaczopowania. W nowszych czasach zastąpiono sympatektomję chirurgiczną przez t. zw. sympatektomję chemiczną za pomocą stosowania środków żrących.

Jeżeli wszystkie środki zawiodą i odjęcie członka staje się konieczne, wstrzyknięcie lipiodolu pozwala określić dokładnie miejsce wykonania zabiegu dzięki temu, że wstrzyknięty do tętnicy lipiodol zaznacza jej kontury aż do miejsca zaczopowania.

Los chorych gruźliczych po leczeniu za pomocą odmy sztucznej. (Le tuberculeux après sa guérison par le pneumothorax artificiel). Leon Bernard, G. Poix et A. Bocquet.

Presse Médicale. Nr. 9. 1933.

Autorzy omawiają los 276 chorych gruźliczych, leczonych sztuczną odmą opłucnową od roku 1919 — 1926, czyli w 7 — 13 lat po założeniu odmy. 74 chorych nie można było w tym czasie odszukać, jednak autorzy zaznaczają, że 38 z tych chorych było w doskonałym stanie po zakończeniu leczenia odmą, laseczników Kocha w ich plwocinie oddawna nie stwierdzano. Z pośród 202 chorych odszukanych 94 albo zmarło, albo znajdowało się w stanie tak ciężkim, iż nie można było mieć nadziei, by jakiekolwiekbądź leczenie mogło powstrzymać rozwój procesu chorobowego. Odma sztuczna naogół w tych przypadkach zawiodła z powodu zrostów opłucnowych, u zmarłych zgon nastąpił z powodu rozwoju procesu gruźliczego w drugim płucu, przebicia płuc, zapalenia opłucnej ,innego umiejscowienia procesu gruźliczego.

W następnej grupie 15 chorych odma wywołała stałą i wyraźną poprawę, jednakże proces chorobowy toczy się jeszcze; w połowie przypadków nastąpił nawrót w starem miejscu; w drugiej połowie sprawa się umiejscowiła poza płucami. U 19 chorych, których stan ogólny jest doskonały, plwocina nie wykazuje od dłuższego czasu laseczników Kocha, utrzymuje się jeszcze odmę opłucnową częściowo z obawy przed nawrotem, częściowo na życzenie chorych. Wreszcie u 74 chorych czyli u 27% (jeżeli się dołączy 19 poprzednich przypadków u 34%), prowadzących od kilku lat życie normalne, stwierdza się zupełne wyleczenie kliniczne. Większość tych chorych wygląda doskonale, ciepłota ich jest prawidłowa, waga naogół powiększyła się w czasie leczenia odmą, a po przerwaniu tego leczenia utrzymuje się na stałym poziomie, chorzy ci naogół nie kaszlą i nie mają plwociny. W niektórych przypadkach, w których pozostał nieznaczny kaszel ze skąpą plwociną, ta ostatnia nie zawiera laseczników Kocha, jak wykazały szczepienia na śwince morskiej. Autorzy przypuszczają, że tak kaszel, jak plwocina są wynikiem małych rozstrzeni oskrzelowych. Najczęstszą pozostałością odmy są bóle w klatce piersiowej. umiejscowione naogół po stronie chorej, często połączone z tarciem opłucnowem. Klatka piersiowa jest na-

ogół zwężona, zapadnięta po stronie chorej, szmer oddechowy po tej stronie jest różny, szorstki, czasami zaostrzony, w innych przypadkach osłabiony z powodu zmniejszenia wentylacji płucnej od strony odmy.

To przesunięcie serca bywa przyczyną bólów okołosercowych, czasami bóle te łączą się z lekką dusznością, czasami z zaburzeniami rytmu, częstoskurczem, skurczami dodatkowemi, czasami z prawdziwemi atakami częstoskurczu napadowego. Naogół dolegliwości sercowe słabną z czasem, po przerwaniu odmy. Badanie rentgenologiczne w żadnym przypadku nie wykazało pozostałości odmy opłucnowej, ani wysięku opłucnowego, który według spostrzeżeń autorów wystąpił u 63% ich chorych. Ruchy przepony były naogół swobodne ,jednakże przejrzystość płuca po stronie chorej zmniejszona w następstwie podrażnienia opłucnej. W pewnej ilości przypadków płuco nie wykazywało zupełnie zmian, u innych stwierdzało się pasmowate albo plamiste zaciemnienia o wyraźnych zarysach. Porównawcze badanie klisz przed i po wyleczeniu wykazało, że nawet jamy średniej wielkości mogą zniknąć zupełnie.

Okres leczenia spoczynkowego u wszystkich wyleczonych chorych nie wynosił naogół więcej, niż rok, po tym czasie olbrzymia większość chorych wróciła do swoich zajęć, nieraz bardzo uciążliwych. Porównując odsetek wyleczeń przypadków opisanych przez autora z odsetkami wyleczonych, przebywających nieraz kilka lat w sanatorjach, nie widzi się prawie różnicy.

Autorzy uważają, że można pozwolić chorym na powrót do pracy w rok lub w 2 lata po założeniu odmy, jeżeli ta ostatnia okazała się skuteczną. Ma to znaczenie praktyczne, gdyż według prawa francuskiego urzędnicy państwowi chorzy na gruźlicę mają prawo do 5 letniego leczniczego urlopu. Spostrzeżenia autorów pozwalają przypuszczać, że praca może być podjęta znacznie wcześniej. Autorzy zaznaczają w końcu, że wśród wyleczonych znajduje się 8 kobiet z których 6 w czasie leczenia rodziło kilkakrotnie i bez żadnych powikłań.

Leczenie duru brzusznego neosalwarsanem. (Le traitement de la fievré typhoide par le neosalvarsan). H. Wohlers et R. Audeoud.

Presse Médicale. Nr. 39. 1933.

Autorzy leczyli od 1930 — 1931 roku 20 chorych na dur brzuszny za pomocą neosalwarsanu. Chorzy otrzymywali neosalwarsan śródżylnie z chwila gdy rozpoznanie duru było potwierdzone przez odczyn Widala albo posiewy krwi. W następstwie dawki powiększano, stosując je z z trzy, czterodniowemi przerwami. Po dawce pierwszej (0,15), zwykle zaznacza się spadek ciepłoty ,ale nie jest on wyraźny, po drugiej dawce (0,3 gr.) ciepłota opada wyraźniej, po trzeciej dawce (0,45 gr.) spadek bywa raptowny poniżej 37,8° i ciepłota się już więcej nie podnosi. Stan chorych poprawia się równocześnie, znikają bóle głowy. Naogół działanie środka jest dość szybkie, najkorzystniejsza reakcja występuje u chorych leczonych wcześnie. Autorzy otrzymali dodatnie wyniki u 12 z pośród 20 chorych i ciepłota opada naogół w 5 dni po rozpoczęciu leczenia. U 4 chorych działanie było mniej szybkie i wyraźne, 3 chorych zmarło, u jednego wystąpił nawrót. Autorzy przypuszczają, że lecznicze działanie neoswarsanu polega na pobudzeniu czynności obronnych układu siateczkowo-śródbłonkowego. Korzystny wpływ neosalwarsanu polega głównie na skróceniu okresu gorączkowego, a ponieważ środek jest dobrze znoszony i nie ma żadnych działań ubocznych powinien znaleźć szersze zastosowanie w leczeniu duru brzusznego.

Działanie lecznicze wyciągów wątroby w stanach ostrego obłędu pochodzenia toksyczno zakaźnego. (Action thérapeutique des extraits hepatiques par voie hypodermique dans les delires aigus toxi-infectieux). Ch. Mattei.

Bulletin Géneral de Thérapeutique. T. 184. C. 8. 1933.

Zdawna spostrzegano zaburzenia świadomości w stanach niewydolności wątrobowej i przypuszczano, że przyczyną bredzenia i ostrego obłędu na tle zakaźnem albo toksycznem mogą być zaburzenia czynności odtruwających wątroby. Opierając się na tych przesłankach autor od 10 lat podawał w stanach obłędu i bredzenia na tle zakaźnem albo toksycznem wyciągi wątroby. Wyciągi te stosowano we wstrzykiwaniach podskórnych, podając raz dziennie rano 4 ampułki wyciągu wątroby Carriona albo 5 cm. wyciągu wątroby Choay, albo wyciąg wytroby iso-Byla. Dawki te rozpuszczano w 10 cm^3 soli fizjologicznej albo glukozy. Wstrzykiwania robiono aż do ustąpienia stanów obłędu i bredzenia a przynajmniej jeszcze 2 dni po uspokojeniu chorych. Leczenie nie trwało nigdy dłużej, niż 6 dni. Było ono naogół stosowane u chorych niespokojnych, których obłęd miał charakter czynny, czasami nawet napastniczy, połączony z halucynacjami. W połowie przypadków stwierdzano lekkie objawy zaburzenia czynności wątroby, jej powiększenie, lekką żółtaczkę, krwawienia skórne lub krwawienia na błonach śluzowych. Przyczyną bredzenia była naogół sprawa zakaźna: zakażenia ze strony przewodu pokarmowego, zapalenie płuc, dur brzuszny: w innych przypadkach przyczyną zatrucia był alkohol albo też zaburzenia czynności wątroby i nerek na tle miażdżycy. Wynik leczenia był tem szybszy i lepszy, im wcześniej zastosowano wyciągi wątroby, jeżeli wstrzykiwano je w ciągu pierwszych 24 godzin uspokojenie następowało w 24 — 36 godzin po rozpoczęciu leczenia, naogół 6 dni wystarczało do uspokojenia chorych. Niekorzystne wyniki otrzymano tylko w przypadkach ciężkiej niedomogi nerek i wątroby, zakończonych śmiercią. U 50 chorych wynik leczenia był wyraźnie dodatni.

Przypadłości żołądkowe w następstwie przecięcia lewego nerwu przeponowego. (Les accidents gastriques consécutifs à la phrenicéctomie gauche). L. Bernard, Gauthiers-Villars et Thoyer.

Présse Médicale N. 34. 1933.

Autorzy podają opis chorego na gruźlicę u którego z powodu niemożności założenia odmy opłucnowej wykonano przecięcie lewego nerwu przeponowego. Wkrótce potem wystąpiły ciężkie wymioty i wzdęcia, a ponieważ chory cierpiał dąwniej na kolkę żółciową przypuszczano, że wy-

mioty są wywołane zwężeniem odźwiernika na tle zrostów. Wobec ciężkiego stanu wykonano zabieg, po którym chory wkrótce zmarł z powodu rozszerzenia się procesu gruźliczego. Sekcja wykazała, że żołądek był uniesiony ku górze i ku tyłowi, rozszerzony, odźwiernik znajdował się tuż koło wpustu. Na ścianie przedniej żołądka stwierdzono wrzód nie przechodzący na stronę zewnętrzną. W tym przypadku uniesienie się przepony z powodu przecięcia nerwu przeponowego przy starym zroście żołądka doprowadziło do jego skrętu, dającego pozornie objawy zwężenia oddźwiernika.

Naogół dolegliwości żołądka po przecięciu lewego nerwu przeponowego są rzadkie, a jeżeli występują są nieznaczne i objawiają się połykaniem powietrza, które powstaje z powodu rozszerzenia i uniesienia żołądka równoczesnego ze wzniesieniem się przepony. W wyjątkowych przypadkach podniesienie żołądka doprowadza do jego skrętu i do następczych ciężkich objawów. Wynika z tego, że przed przecięciem lewego nerwu przeponowego należy chorych wypytać o uprzednie cierpienia żołądkowe i dokładnie zbadać żołądek łącznie z prześwietleniem, aby wyłączyć cierpienia żołądkowe, które po przecięciu nerwu przeponowego mogą doprowadzić do ciężkich powikłań. Zabiegi chirurgiczne wykonane z powodu skrętu żołądka po przecięciu nerwu przeponowego dają wynik niekorzystny, może dlatego, że są wykonane u chorych gruźliczych, bardzo wrażliwych na ciężkie zabiegi szczególnie w jamie brzusznej.

Leczenie zawału mięśnia sercowego. (Le traitement de l'infarctus du myocarde). G. B i c k e l.

Paris Médical. N. 18. 1933.

Spostrzeżenia czasów ostatnich wykazały, że zawały mięśnia sercowego nie są cierpieniem rzadkiem. Statystyka braci Mayo pokazuje bowiem, że na 1000 osób, zmarłych z powodu różnych cierpień po 45 roku życia, 7% wykazywało stare lub świeże zawały mięśnia sercowego. Znane są już dzisiaj nietylko formy typowe, te które charakteryzują się wstępnym ciężkim bólem w okolicy serca z następowym stanem podgorączkowym, przejściową leukocytozą, lekkim tarciem osierdziowem, zaburzeniami rytmu, przyspieszeniem opadania krwinek, etc., ale także i postacie atypowe, żołądkowo-kiszkowe, a także lżejsze formy poronne, formy dusznicowe. etc. Naogół można odróżnić w ewolucji zawału 3 okresy, które wymagają odrębnego postępowania leczniczego. W okresie pierwszym, wytworzenia się zawału, należy przedewszystkiem zwalczać ból i wstrząs, w okresie drugim trzeba stworzyć warunki sprzyjające wytwarzaniu się blizny, wreszcie w okresie pozawałowym należy działać na stan naczyń w ten sposób, by zapobiedz wytwarzaniu się zawałów w przyszłości.

W okresie wytworzenia się zawału ogrom cierpienia chorych przewyższa zwykły atak dusznicy bolesnej, chorzy są jakby zgnieceni bólem, mającym charakter ściskający: ból ten rozchodzi się z okolicy mostka albo dołka podsercowego na całą klatkę piersiową, obciąża kark i barki, przechodząc do obu ramion i dłoni. Przetwory nitrogliceryny zawodzą w tym stanie i naogół można powiedzieć, że ataki bólu, które ustępują pod działaniem azotynów nie są nigdy wyrazem zawału mięśnia sercowego. Przynieść ulgę w tym stanie może jedynie morfina, którą autor daje podskórnie w dawce 0,02. Wstrzyknięcie to można powtarzać w zależności od bólu. Do morfiny dodaje się małą dawkę atropiny, która działa korzystnie na zaburzenia żołądkowe, nudności i wymioty, towarzyszące często zaczopowaniu lewej gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej. Jednakże o ile morfinę stosować można w większych dawkach, atropinę daje się ostrożnie po ¼ mg., a to aby zapobiedz jej szkodliwemu działaniu na pobudliwość mięśnia sercowego. Zamiast morfiny można użyć heroiny albo papaweryny. Ta ostatnia działa szczególnie korzystnie na krążenie w tętnicach wieńcowych, rozszerzając je bez zmiany ciśnienia tętniczego. Obawa stosowania morfiny jest bezpodstawna, gdyż jak wykazały badania ostatnich lat morfina nie zwęża naczyń wieńcowych serca. W przypadkach w których morfina zawodzi zalecają niektórzy autorzy narkozę eterową, autor uważa jednak za korzystniejsze śródmięśniowe wstrzyknięcie luminalu lub somnifenu. Objawy bólowe można również zmniejszyć przez wdychanie tlenu, jednakże tlen powinien wynosić przynajmniej 50% powietrza wdechowego. Nie można tego osiągnąć inaczej, niż przez zastosowanie odpowiedniej maski lub namiotu oddechowego. Jeżeli ból po zastosowaniu tych środków nie uspokoi się należy powstrzymać się od wszelkich energiczniejszych zabiegów i nie obciążać serca zbyt energicznie działającemi środkami. Jednakże, jeżeli pomimo wstrzyknięcia morfiny oddech jest przyspieszony, chory bladosiny i pokryty potem, a ciśnienie krwi nizkie (poniżej 10 cm.) powinno się działać na krążenie obwodowe. Zapaść krążenia wkrótce po wytworzeniu zawału jest spowodowana głównie odruchem naczynioruchowym, krew nagromadza się w zbiornikach przewodu pokarmowego i w tkance podskórnej, dopływ krwi do serca jest niewystarczający i mała fala skurczowa spowodowana jest złem wypełnieniem serca. W tym przypadku należy stosować głównie środki, działające na ośrodki naczynioruchowe, należą do tej grupy kamfora i jej pochodne najbardziej czynne, coramina, cardiazol, hexeton. W przypadkach najcięższych wstrzyknięcie śródżylne coraminy w ilości 5 cm. daje często doskonałe wyniki. Działanie wszystkich środków tej grupy jest jednak krótkotrwałe, dlatego też należy wstrzykiwania powtarzać w dość częstych odstępach czasu co 30 — 40 minut, aż znikną objawy, co zwykle następuje mniej więcej po 48 godzinach. Autor nie zaleca adrenaliny, gdyż może ona wywołać atak dusznicy bolesnej i powiększyć pobudliwość mięśnia sercowego, co się wyraża wystąpionięm skurczów dodatkowych, częstoskurczem komorowym, etc. Ephetonina i sympatol nie posiadają tych właściwości adrenaliny, z tego też względu można je podawać i kombinować ze wspomnianemi powyżej pochodnemi kamfory.

W drugim okresie — gojenia zawału — objawy bólowe się zmniejszają, ale chorzy są osłabieni i zmęczeni. Niejednokrotnie następuje wprawdzie bardzo szybka poprawa, tak, iż po 24 — 48 godzinach chorzy chcieliby wrócić do swych zajęć. Jest to jednakże okres bardzo niebezpieczny, napad bólu może się wrócić każdej chwili i każdej chwili grozi chorym niebezpieczeństwo śmierci; grożą ciężkie powikłania: w pierwszej linji migotanie komór, ostry obrzęk płuc, pęknięcie serca ,wreszcie postępująca niedomoga.

Z tych wszystkich względów, aby uniknąć groźnych powikłań, powinni chorzy przynajmniej przez 6 tygodni po ataku pozostawać w łóżku w zupełnym spokoju, najlepiej w pozycji półsiedzącej. Autor uważa, że wszelkie następstwa ataku minęły dopiero wtedy gdy opadanie krwinek wróci do stanu prawidłowego ,co zwykle następuje dopiero w kilka miesięcy po napadzie. Wtedy dopiero można chorego uważać za wyleczonego. Większość autorów twierdzi jednak, że dla oceny stanu chorych wystarcza stałe określanie zachowania się skurczowego ciśnienia krwi. Zadaniem lecznictwa w okresie gojenia jest dążenie do wywołania możliwie najlepszych warunków dla odżywiania i krążenia w mięśniu sercowym. Dobrze działają w tym kierunku papaweryna i belladonna, ta ostatnia w małych dawkach. Bardzo korzystne jest dołączenie do tych środków małych dawek gardenalu, nie wynoszących więcej niż 0,15 — 0,20 dziennie. Środkami najbardziej wskazanemi w tym okresie są jednak euphillina i teobromina, których rozszerzające działanie na naczynia wieńcowe serca jest znane. Można stosować również, ale już ostrożniej, acetylcholinę, gdyż jej działanie rozszerzające na naczynia jest gwałtowne, a nie należy zapominać, że ogniska rozmiękczenia w mięśniu sercowym i tak znajdują się w stałym ruchu z powodu czynności serca i że oddziaływanie lecznicze na te miejsca, tak bardzo kruche, musi być łagodne. Z tego też względu acetylcholinę należy podawać w dawkach małych po 0,05, nie więcej jak 0,15 — 0,20 dziennie i to dopiero wtedy, gdy przejdą wszystkie początkowe objawy zapaści. Używane ostatnio t. zw. hormony krążenia do których należą wyciągi mięśnia sercowego (hormocardiol), wyciągi mięśni prążkowanych (Lacarnol, Myol, Myoston), wyciągi wątroby (Eutonon), trzustki (Angioxyl) mają tą cechę, że pobudzając krążenie miejscowe, nie wywołują zmian ciśnienia krwi, posiadają więc właściwości wskazane dla leczenia cierpień naczyń wieńcowych. Autor jednak nie uważa, żeby mogły one w leczeniu zawału mięśnia sercowego zastąpić inne środki, rozszerzające naczynia wieńcowe. Aby ułatwić i podnieść odżywianie mięśnia sercowego stosuje autor w dużych ilościach cukier, dając codzień 100 — 200 gr. glukozy doustnie, czasami dodaje do tego jeszcze wstrzykiwania śródżylnie 35 — 45% glukozy w ilości 20 ccm. trzy — cztery razy tygodniowo. Równocześnie dodaje do tego insulinę w małych dawkach (dwa razy dziennie po 10 jednostek insuliny). Dodanie insuliny ma na celu lepsze wyzyskanie glukozy przez mięsień sercowy. Lepszemu odżywianiu mięśnia sercowego sprzyja i w tym okresie wdychanie tlenu.

W razie gdy wystąpią objawy niedomogi serca, może się stać konieczne stosowanie naparstnicy i jej pochodnych. Jednakże podawanie tych środków musi być bardzo ostrożne. Naparstnica wywołując silniejsze skurcze serca, może doprowadzić do przerwania miejsca jeszcze niezabliź,-nionego, albo też dzięki silniejszym skurczom zostaną wyrzucone do krążenia cząsteczki skrzepliny, poza tem naparstnica zaakcentować może zaburzenia rytmu serca, jeżeli one już istniały. Z tych wszystkich względów naparstnica jest tylko wskazana w tych przypadkach, w których istotnie występują objawy niedomogi mięśnia sercowego. Zamiast naparstnicy poleca autor w tych przypadkach śródżylne wstrzykiwania strofantyny i ouabainy, których wpływ na przeprowadzenie bodźców i na pobudliwość pęczka Hisa jest mniej wyraźny. Jeżeli niedomoga mięśnia sercowego występuje w postaci ostrej niedomogi lewej komory z następowym obrzękiem płuc, z objawami dusznicy sercowej wskazany jest upust krwi.

Jednym z największych niebezpieczeństw grożących chorym w pierwszych tygodniach po wystąpieniu zawału mięśnia sercowego jest migotanie komór. Jeżeli więc tylko stwierdza się objawy nadmiernej pobudliwości układu, przewodzącego bodźce. w postaci niemiarowości, okresowego przyspieszenia i dodatkowych skurczów komór, etc., należy to uważać za sygnały, zwiastujące niebezpieczeństwo. W tych przypadkach stosowanie chinidyny jest nieodzowne, choć jest to działanie obosieczne, gdyż zmniejszając pobudliwość, zmniejsza się siłę mięśnia sercowego. Autor nie daje chinidyny wszystkim chorym, ale tylko tym, u których występują nawet lekkie zaburzenia rytmu w dawkach po 0,20 dwa trzy razy dziennie, a czasami w miarę potrzeby nawet więcej.

Chorzy powinni aby uniknąć nawrotów zawału mięśnia sercowego prowadzić życie spokojne, wszelki nadmiar pracy umysłowej i fizycznej jest szkodliwy. Dla uspokojenia układu nerwowego, sprowadzenia dobrego snu podaje się gardenal w małych dawkach, odżywianie powinno być raczej skąpe, posiłki częste, a nieobfite. Trzeba wykluczyć wszystkie potrawy, wywołujące wzdęcia, aerophagia, aerocolia prowadzi bowiem do zaburzeń w krążeniu naczyń wieńcowych. Alkoholu, tytoniu, kawy, herbaty należy również unikać. Leczenie wewnętrzne jest podobne, jak przy miażdżycy ogólnej.

Leczenie gruźlicy płucnej tiosiarczanem złota i sodu. (Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium). L. Bernard.

Paris Médical. N. 1. 1933.

Autor podaje swe doświadczenia w leczeniu solami złota, które stosował u 716 chorych. Wynika z jego spostrzeżeń, że trujące działanie złota zależy przedewszystkiem od dawki, a następnie od zmiennego oddziaływania chorych, często bowiem osoby, które znoszą pewną dawkę złota wykazują nagle przy tej samej dawce objawy zatrucia. W każdym razie objawy toksyczne stały się rzadsze z chwilą gdy zaczęto używać małych dawek. Autor podaje tiosiarczan złota w sposób następujący: w przypadkach o ostrym przebiegu robi wstrzykiwania śródżylne co 6 — 8 dni, rozpoczynając od 0,02 — 0,05 cg. podnosząc dość szybko dawki do 0,25 — 0,5 cg. Tych ostatnich dawek nigdy nie powiększa, ani też nie stosuje ich częściej. Z chwilą poprawy gdy ciepłota opada i stan się poprawia w ciągu miesięcy wstrzykuje autor co tydzień lub co 15 dni. O. cg. 25 lub 0, cg. 5. Leczenie to, najczęściej ambulatoryjne przerywa tylko z chwilą gdy pojawią się objawy nietolerancji, podejmując je po ich przejściu. Leczenie chorych przewlekłych odbywa się w sposób podobny. Autor ma chorych, którzy otrzymali w ciągu kilka lat 20, 30, 40 gr. tiosiarczanu, nie spostrzegając w toku leczenia ani zapaleń nerek, ani objawów skórnych, ani dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

Działanie złota zaznacza się przedewszystkiem wstrzymaniem rozwoju procesu gruźliczego ze wszystkimi jego objawami, nie samym tylko spadkiem ciepłoty. Wynik w ten sposób otrzymany jest ponadto trwały, przez czas bardzo długi nie stwierdza się nawrotów i u dużej ilości chorych rentgenologicznie wykazać można cofanie się procesu chorobowego. Pożyteczny wynik leczenia spostrzega się dość szybko ,ale zdarzają się osoby odporne na złoto i wtedy należy jego stosowanie przerwać, jeżeli po odpowiednich dawkach podawanych przez dłuższy przeciąg czasu nie widzi się określonego wyniku. Autor otrzymał w 10 — 12% przypadków zupełne kliniczne wyleczenie, 51 — 57% bardzo znaczną poprawę. Leczenia złotem nie można porównać z leczeniem odmą opłucnową, ta ostatnia jest metodą leczniczą najbardziej właściwą i czynną, jednakże nie zawsze się daje zastosować i wtedy należy próbować leczenia złotem. Nie można w dzisiejszym stanie wiedzy powiedzieć jakie jest działanie złota na gruźlicę, nie wiadomo czy działa ono specyficznie, przeciwko temu przemawia, że w pewnej ilości przypadków nie wywiera ono żadnego działania. Dotychczas jednak żaden ze środków chemicznych stosowanych w gruźlicy nie posiada tak silnego działania jak tiosiarczan złota, żaden nie posiada w tej mierze możności wstrzymywania procesu gruźliczego. Z tego też względu, a także ponieważ wyniki działania tiosiarczanu występują względnie szybko, ponieważ przy odpowiednim stosowaniu nie wywołuje on objawów toksycznych, a powstrzymuje rozwój procesu gruźliczego jest on potężnym środkiem w leczeniu gruźlicy, i nie zastępując odmy opłucnowej może jednak niejednokrotnie powiększyć jej skuteczność i nieraz ją zastąpić.

Badania czynności nerek w przebiegu nadciśnienia napadowego. (Etude de la fonction rénale au cours des hypertensions paroxystiques). L. de G e n n e s.

Presse Médicale. Nr. 32. 1933.

Opis trzech przypadków nadciśnienia napadowego (2 na tle kolki nerkowej, jeden nieokreślonego pochodzenia u osoby cierpiącej na częste anginy i zapalenie miedniczek, nerkowych, wywołane pałeczkami okrężnicy) w których równocześnie z napadem nadciśnienia badano czynność nerek. W każdym z tych trzech przypadków równocześnie z atakiem nadciśnienia napadowego występowały objawy ze strony nerek w postaci białkomoczu, zmniejszenia wydzielania ftaleiny, powiększenia stałej Ambarda, powiększenia ilości mocznika we krwi. Odwrotnie w przerwach, gdy ciśnienie krwi wracało do stanu prawidłowego, zmniejszał się albo nawet zupełnie znikał białkomocz i cofały się objawy czynnościowej niedomogi nerek. Autorzy nie przypuszczają jednak, żeby atak nadciśnienia był wyrazem zaostrzenia sprawy zapalnej nerek, nigdy bowiem nie znaleziono w czasie ataku wałeczków ziarnistych. Zmiany czynności nerek w czasie ataku są raczej wyrazem zaburzenia czynnościowego, którego przyczyną zdaje się być napadowy charakter nadciśnienia. We wszystkich przypadkach, badanych przez autora z biegiem czasu nadciśnienie się utrwaliło równocześnie utrwaliły się zaburzenia nerek. Anatomiczne zmiany nerek są w tych przypadkach tem wyraźniejsze, im dłuższy był przebieg całego cierpienia, w przypadkach, w których nadciśnienie napadowe jest krótkotrwałe i kończy się szybko śmiercią można nie znaleźć zmian w nerkach. Doświadczenia zwierzęce wykazały, że nadciśnienie wywołuje w nerkach zmiany wsteczne, jak wynika ze spostrzeżeń autora i u ludzi nadciśnienie napadowe pochodzenia pozanerkowego, o ile jest długotrwałe, może doprowadzić nietylko do zmian w naczyniach, ale i w samym miąższu nerkowym.

E. Reicher.

CHIRURGJA.

Przyczynek do leczenia raka macicy naświetlaniami promieniami Roentgena. (Contribution à la Radiothérapie du cancer de l'Uterus). W i n t z.

Revue de Médecine Nr. 9, listopad 1933.

Autor podaje wyniki leczenia raka macicy metodą, którą stosuje bez większych zmian od 15 lat, a która polega na naświetlaniu promieniami Roentgena, uzupełnionem w niektórych przypadkach (przy niemożności zastosowania całkowitej dawki promieni Roentgena ze względu na warunki miejscowe — przejście raka na pochwę, descensus colli uteri) niewielką dawką promieni radu.

Wyniki osiągnięte porównuje z wynikami leczenia operacyjnego, przyczem porównanie to wypada na korzyść rentgenoterapji.

Przygotowanie chorej do naświetlań polega na dokładnem oczyszczeniu w przeddzień odbytnicy zapomocą lawatyw i zastosowaniu jontoforezy miedzią, przy której (anoda w kształcie gąbki na części pochwowej, katoda — bierna — na grzbiecie lub brzuchu) cząsteczki miedzi i salenianiu miedzi przenikają w głąb guza. W celu zwalczenia ewentualnego zatrucia wstrzykuje się dożylnie siarkę koloidalną.

P i e r w s z y s e a n s polega na naświetleniu 6 pól: 2 nadłonowe, 1 — sromu, 2 — do boku kości krzyżowej i 1 — okolica ogonowa. Chora otrzymuje w ogólnej ilości 100 — 110% HED z odległości 3 0cm, w 1 lub 2 (kolejne) dni. Po 8 tygodniach ma miejsce d r u g i s e a n s — naświetlenie przymacicza (również w 1 lub 2 dni). Na tem leczenie zostaje zakończone.

S t a t y s t y k a autora jest oparta na 1066 przypadkach raka macicy (trzonu i szyi), w których rozpoznanie raka zostało stwierdzone drobnowidzowo. Statystyka uwzględnia podział tylko na dwie grupy: przypadki w y l e c z o n e (brak klinicznych objawów raka i możność pędzenia prawidłowego trybu życia) i n i e w y l e c z o n e (zmarłe w okresie 5-letniej kontroli, bez względu na przyczynę śmierci, lub pozwalające stwierdzić miejscowo obecność guza lub obecność przerzutu względnie postępujące wyniszczenie ogólne).

W statystykę te oddzielnie są ujęte przypadki operacyjne (brak szerzenia się raka na przymacicza i przerzutów) i nie operacyjne. Wszystkie przypadki były następnie kontrolowane w ciągu 5 — 6 lat po odbyciu leczenia rentgenowskiego.

Statystyka przypadków raka macicy, leczonych wyłącznie operacyjnie (doszczętnie), przedstawie się, jak następuje:

Rak szyi macicznej — 35,6% wyleczenia (powyżej 5 lat).

Rak trzonu macicy — 58,8% wyleczenia (powyżej 5 lat).

Statystyka autora:

Rak szyi macicznej na 134 przypadki operacyjne — 61% wyleczenia.

Rak szyi macicznej na 787 przypadków nieoperacyjnych — 12,5% wyleczenia.

Rak trzonu macicy na 80 przypadków operacyjnych — 70% wyleczenia.

Rak trzonu macicy na 65 przypadków nieoperacyjnych — 9% wyleczenia.

Jeśli porównać wyniki, osiągnięte na drodze rentgenoterapji dawniej, z wynikami, osiągniętemi w analogicznych przypadkach w ostatnich latach, to zaznacza się wyraźna poprawa w grupie przypadków operacyjnych (zależna od udoskonalenia techniki).

Autor zbija twierdzenie, jakoby gruczolakorak szyi macicznej był specjalnie odporny na działanie promieni Roentgena. Wyniki naświetlań leczniczych tego rodzaju raka są rzeczywiście gorsze od wyników naświetlań raka trzonu, ale zależy to wyłącznie od łatwości, z jaką gruczolakorak szyi szerzy się na przymacicza ,w przeciwieństwie do raka trzonu. Rak szyi we wczesnym okresie choroby jest równie wrażliwy na promienie Roentgena, co i rak trzonu.

Kończąc ,autor podkreśla ogromną zależność wyników rentgenoterapji raka macicy od wczesnego jej zastosowania, które dominuje tutaj nad innemi czynnikami powodzenia jak np. udoskonalenia techniczne aparatury rentgenowskiej.

Dwa przypadki złamania kości napiętkowej, leczone jej wyłuszczeniem. (Deux cas d'astragalectomie pour fractures). J u d e t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris Nr. 17, grudzień 1933.

Jakkolwiek złamania kości napiętkowej nie są częste, tem nie mniej zasługują na szczególną uwagę z tego względu, że wymagają zastosowania dosyć swoistego leczenia — przeważnie wyłuszczenia złamanej kości. Autor spostrzegał i leczył w ostatnich latach dwa tego rodzaju przypadki.

Jeden — dotyczył kobiety lat 23, która spadła na stopy z wysokości 1,5 metra. Objawy kliniczne — wykręcenia stawu skokowego. Zdjęcie rentgenowskie wykazało złamanie kości napiętkowej na granicy jej tylnej i środkowej ⅓ części, z umiarkowanem przemieszczeniem odłamów (przeważnie przedniego). Ponieważ próba bezkrwawego zestawienia odłamów pod ekranem rentgenowskim nie dała zamierzonego wyniku, wykonano operację wyłuszczenia całej kości napiętkowej (obu odłamów) — bez specjalnych trudności technicznych. Kość piętową umieszczono w widełkach kości goleni, ranę zaszyto doszczętnie i kończynę ułożono w opatrunku gipsowym na przeciąg 6 tygodni. Po tym okresie opatrunek zdjęto — zginanie podeszwowe jest bolesne i ograniczone, zginanie grzbietowe jest znacznie swobodniejsze, ruchów bocznych — brak; chora zaczyna chodzić. Po 4 tygodniach chora chodzi bez laski i bez znaczniejszych dolegliwości, zginanie grzbietowe — do kąta prostego, podeszwowe — do 110°; statycznie — zaznacza się stopa płaska. Po 4 miesiącach chora chodzi zupełnie swobodnie ,jedynie chora noga męczy się szybciej od zdrowej; zginanie grzbietowe — do 85°, podeszwowe — do 120°. Stopa uległa nieznacznemu nadwichnięciu do przodu w stosunku do goleni. Szczegół ten zaważył niekorzystnie na rozległości ruchów zginania podeszwowego (skrócenie ramienia dźwigni, na które działa mięsień łydkowy zapomocą ścięgna Achillesa), ale za to przyczynił się do pewnego stopnia do utrzymania rozległego ruchu zginania grzbietowego.

W związku z powyższem przed unieruchomieniem pooperacyjnem kończyny należy ustawiać stopę w lekkiem n a d w i c h n i ę c i u d o t y ł u w stosunku do goleni tak, żeby obie kostki (malleoli), obejmując przednią część kości piętowej, znalazły się tuż poza kością łódkowatą. W tym celu, układając kończynę w opatrunku gipsowym, należy pod łydkę podłożyć więcej waty ,żeby ją unieść ku górze.

W przypadku wyżej opisanym, pomimo niezachowania tych ostrożności, wynik czynnościowy ostateczny był jednak dobry.

Drugi przypadek autora dotyczył otwartego złamania kości napiętkowej wskutek upadku na stopę z drabiny z wysokości 1,5 metra. W 8 godzin po wypadku chora została poddana operacji wykonania toalety ramy i wyłuszczenia obu odłamów kości napiętowej. Ramę zaszyto doszczętnie. Na drugi dzień — objawy ropowicy gazowej przyrannej, która uczyniła koniecznem odjęcie kończyny w dolnej części uda. Wygojenie. Jak widać z powyższego, nawet we wcześnie operowanych przypadkach otwartego złamania kości napiętowej lepiej jest zostawić po operacji ranę otwartą, sączkowaną, z tem, że może ona być wtórnie zamknięta.

W każdym razie, w y ł u s z c z e n i e o p e r a c y j n e k o ś c i n a p i ę t o w e j w przypadkach jej złamania pozostaje l e c z e n i e m z w y b o r u, gdyż bardzo nieliczne przypadki pozwalają tutaj na postępowanie zachowawcze — zestawienie odłamów i unieruchomienie zapomocą śruby — przeważnie ze względów anatomiczno - odżywczych (niedostateczne ukrwienie jednego z odłamów).

Leczenie gruźlicy stawu nadgarstkowego i nadpiestka. (La tuberculose du poignet). S a t t a.

Revue d'Orthopédie XIX Nr. 6, grudzień 1932.

Gruźlica napiestka (stawów: promieniowo-napiestkowego, śródpiestkowych i napiestkowo-śródłoniowych) stanowi jedną z cięższych umiejscowień gruźlicy kostno-stawowej. Na to niepomyślne pod względem ogólnym i miejscowem rokowanie w powyższym cierpieniu składają się następujące czynniki: budowa anatomiczna tej okolicy (cały szereg małych stawów komunikujących się ze sobą), charakter naciekający i zwykle rozpadowy procesu gruźliczego (obejmującego rozlegle otaczające tkanki miękkie i dającego objawy ogólnego zatrucia i wyniszczenia) i z reguły dosyć wcześnie zesztywnienie, będące następstwem zniszczenia stawów odnośnych i zbliznowacenia tkanek przystawowych (przykurcze ścięgnowe).

Trzeba sobie to jednak powiedzieć, że owe zesztywnienie stawów napięstka —przy zachowaniu możliwie rozległych ruchów palców — jest, praktycznie biorąc, celem leczenia, do którego dąży każdy lekarz w przypadku gruźlicy napięstka; gdyż tylko bardzi nieliczne tego rodzaju przypadki dają się wyleczyć z zachowaniem ruchów w stawach napięstka. Główna zaś uwaga lekarza musi być skierowana na to, aby nie dopuścić ich do zesztywnienia w nieprawidłowem ustawieniu (zdjęcie dłoniowe, grzbietowe, do boku); względnie jeszcze najmniej groźnem jest przykurczenie w niewielkiem zgięciu grzbietowem.

Leczenie gruźlicy napięstka jest w olbrzymiej większości przypadków zachowawcze, tylko w bardzo nielicznych — operacyjne. Leczenie ogólne — to jest heljoterapja i klimatoterapja (pobyt nad morzem) — jest leczeniem podstawowem, decydującem. Przypadki, które ulegają pod jego wpływem szybkiej poprawie (przyrost na wadze, poprawa łaknienia i ogólnego samopoczucia, ustąpienie gorączki i bólów i zmniejszenie wydzieliny z przetok), dają na ogół rokowanie dobre; jeśli tej poprawy nie widzi się przez czas dłuższy — rokowanie jest bez porównania gorsze (zwykle dotyczy to osobników limfatycznych, wychudzonych, zatrutych jadem gruźliczym).

Leczenie miejscowe polega na unieruchomieniu kończyny w szynie (rynience), sięgającej od łokcia do linji stawów śróddłoniowych (zdejmowanej w przypadkach iżejszych) i na stosowaniu naświetlań rentgenowskich. Naświetlania przeprowadza się metodą Ghilardnui'ego — naświetlenie poprzedzone iest wprowadzeniem na ½ godziny przedtem do ogniska gruźliczego zapomocą prądu elektrycznego jonów metali ciężkich. Działanie lecznicze naświetlań rentgenowskich jest przez to wzmożone wybitnie działaniem wtórnych promieni rentgenowskich (miękkich), których zródłem są owe jony metali ciężkich, pobudzonych do czynności promieniotwórczej naświetleniem pierwotnem (lampą rentgenowską). Naświetlanie rentgenowskie i promieniami słońca nie tylko nie kolidują tutaj ze sobą, jak o tem sądzą jeszcze niektórzy lekarze, ale nawet wybitnie wzmagają wzajemnie swoje działanie lecznicze. Napięstek specjalnie się nadaje do leczniczych naświetlań rentgenowskich — ze względu na swoje powierzchowne położenie pod skórą i brak grubszej warstwy tkanek miękkich przystawowych.

Unieruchomienie będzie miało na celu głównie niedopuszczenie do zesztywnienia w wadliwem ustawieniu . Ruchy w stawach śróddłoniowo-palcowych i międzypaliczkowych powinny być przy tem zachowane zasadniczo w całej rozległości.

Leczenie operacyjne jest wskazane wyłącznie w przypadkach zmian bardzo rozległych, nie poddających się dłużej prowadzonemu leczeniu, i w przypadkach, powikłanych znacznem zniekształceniem napięstka (zesztywnienia kątowate, nadwichnięcia). Operacja polega na rozległem wycięciu tkanek chorych, po którem zresztą, z reguły pozostaje znaczne ograniczenie ruchów w zakresie dłoni i palców — wskútek wciągnięcia w bliznę odnośnych ścięgien. W przypadkach krańcowych pozostaje tylko odjęcie kończyny jako środek ratujący choremu życie. Należy tu jeszcze zaznaczyć jeden szczegół nie bez znaczenia — że w przebiegu gruźlicy napięstka stosunkowo często występują wtórne ogniska gruźlicze w płucach (przerzutowe).

Autor spostrzegał i leczył — zachowawczo, jak wyżej, 54 przypadki gruźlicy napięstka. Wyleczenie zupełnie uzyskał w 50% przypadków, poprawę — w 42%, brak poprawy — w 8%.

Wytwarzanie przetoki moczowodowej w przypadkach wycięcia nerki z powodu jej gruźlicy. (Valeur de l'urétérostomie cutanée chez des néphréctomisés pour tuberculose). *Schunk.*

Journ. d'Urologie XXXV — Nr. 3, marzec 1933.

W większości przypadków gruźlicy nerki, po jej wycięciu operacyjnem objawy zapalenia pęcherza mniej lub więcej szybko ustępują; najpierw znikają bóle, później częstość oddawania moczu wraca do normy. W innych przypadkach objawy te tylko słabna w swem nasileniu jednak chorzy je nieźle znoszą i nie zwracają się z nimi do lekarza. Ale są i takie — kiedy po wycięciu nerki objawy pęcherzowe nie ulegają najmniejszej poprawie, pomimo stosowania najróżnorodniejszego leczenia, doprowadzając chorych odnośnych do stanu końcowego wyczerpania. W tych ostatnich przypadkach wskazane jest wytworzenie przetoki moczowodowej stałej (skórnej) po stronie zdrowej. Zabieg ten ma na celu nie tylko odciążenie pęcherza i umożliwienie szybszego wygojenia się jego owrzodzeń (zwalczanie bólow samoistnych i bolesnego częstego oddawania moczu) ale także — ochronę zdrowej nerki przed wtórnem zakażeniem swoistem (przy cofaniu się moczu z pęcherza do moczowodu i miedniczki w czasie gwałtownych skurczów pęcherza). Przyczem, wytworzenie przetoki moczowodowej jest tutaj bezwzględnie korzystniejszem od wytworzenia przetoki nerkowej, gdyż: 1) ta pierwsza wyłącza pęcherz moczowy całkowicie (w przeciwieństwie do przetoki nerkowej), 2) pewniej chroni nerkę przed zakażeniem zewnątrz i 3) pozwala na lepsze utrzymywanie czystości przez chorego i prawidłowego stanu skóry w otoczeniu zewnętrznego otworu przetoki.

W okresie pooperacyjnym bardzo ważnem jest dokładne opatrywanie rany — aby nie dopuścić do zakażenie nerki i obumarcia zewnętrznego końca moczowodu (z następowem zwężeniem bliznowatem w tem miejscu). Mocz ścieka przez zgłębnik Nelatona (Nr. 20), wprowadzony aż do miedniczki, do specjalnego zbiornika (typu Mariona). Zgłębnik zmienia się zpoczątku co 8 dni, później — co 10 dni (sam chory może to zrobić).

We wszystkich pięciu przypadkach, w których autor wykonał powyższą operację, wynik leczniczy był doskonały; wszelkie dolegliwości pęcherzowe ustąpiły, stan ogólny chorych wybitnie się poprawił i chorzy odnośni mieli umożliwiony powrót do życia prawie że normalnego, nawet z możliwością pełnienia swych czynności zawodowych. Żadnych poważniejszych powikłań w przebiegu pooperacyjnym (zakażenia nerki) nie spostrzegano.

Leczenie złamań kręgosłupa sposobem Böhlera. (Traitement des fractures de la colonne vertébrale). Jimeno-Vidal.

La Presse Méd. Nr. 37, maj 1933.

Niżej opisany sposób jest stosowany w Zakładzie leczniczym L. Böhlera w Wiedniu w przypadkach złamania kręgosłupa, przebiegającego bez porażeń nerwowych. Składają się nań następujące etapy: 1) nastawienie złamania, 2) dokładne unieruchomienie aż do chwili powstania mocnego zrostu, i 3) leczenie czynnościowe (gimnastyka).

I. Zestawienie odłamów uzyskuje się przez spowodowanie nadmiernej lordozy kręgosłupa. Chory jest nawpół zawieszony w powietrzu, będąc podparty zasadniczo tylko w dwu punktach: broda i górne kończyny i okolica obu pachwin. Brzeg stołu, na którym opiera się chory górnemi kończynami i brodą, jest wyższy o 30 cm. od tego stołu, na którym spoczywają dolne kończyny (od pachwiny w dół). W ciągu 10 — 20 minut od chwili zawieszenia chorego znika stopniowo garb w miejscu złamania i następuje nadmierne wygięcie linji kręgosłupa ku tyłowi (hyperextensio). Ma to następujący skutek: rozsuwają się trzony kręgów, sąsiadujących z ogniskiem złamania (zgnieciony trzon ma możność częściowego rozprostowania się), zbliżają się wyrostki kolczaste, sąsiadujące z ewentualnie złamanym wyrostkiem (zbliżają się jego odłamy), i zostają nastawione nadwichnięcia w stawach międzykręgowych (wyrostki stawowe). Przed nadmierną korekcją chronią tu: mocne i rzadko ulegające obrażeniu więzadło przedkręgowe (lig. praevertebrale), mięśnie — lędźwiowo-udowy i przeponowy, przyczepiające się do przedniej części kręgosłupa, i wzajemne opieranie się o siebie wyrostków kolczastych, uniemożliwiające dalsze ich zbliżanie się, a tem samem — dalsze przeginanie kręgosłupa do tyłu.

Zestawienie powyższe wykonuje się w 6 — 10 dni po wypadku, w znieczuleniu miejscowem zapomocą 1% roztworu nowokainy, wstrzykniętego do ogniska złamania w ilości 10 cm³.

II. Unieruchomienie kręgosłupa osiąga się zapomocą gorsetu gipsowego, który się nakłada na skórę chorego, osłoniętą trykotem z dodatkiem cienkiej warstwy waty w miejscach występów kostnych; chory znajduje się w pozycji jak przy nastawianiu złamania. Gips z przodu sięga od rękojeści mostka do spojenia łonowego z tyłu zaś — od okolicy pierwszych kręgów grzbietowych do dolnego brzegu kości krzyżowej. Z boku gorset posiada wycięcia, umożliwiając swobodne poruszanie górnemi kończynami w stawach barkowych i zginanie kończyn dolnych w stawach biodrowych do kąta prostego. Trzema głównemi punktami oparcia dla gipsu są: rękojeść mostka, spojenie łonowe i część kręgosłupa, maksymalnie wygięta do przodu (największa lordoza).

Unieruchomienie powyższe trwa conajmniej 12 tygodni (do 18 tygodni i więcej).

III. Leczenie czynnościowe rozpoczyna się zaraz po zupełnem stwardnieniu opatrunku gipsowego i polega na wykonywaniu możliwie wszechstronnych ruchów czynnych całego ciała, unikając wywoływania przy tem bólu. Zapobiega się w ten sposób występowaniu z czasem zaburzeń krążenia, zaników mięśniowych i kostnych (rozrzedzeń) i zesztywnień stawowych. Niezależnie od gimnastyki chory powinien nosić codziennie na głowie w ciągu 15 — 20 minut worek z piaskiem (wagi od 5 kg do 40 kg). Ćwiczenie powyższe jest niesłychanie ważnem, gdyż powoduje bardzo żywą grę mięśniową wszystkich mięśni grzbietu; w wyniku — po przeprowadzeniu tego leczenia i zdjęciu gipsu mięśnie grzbietu są lepiej rozwinięte, niż przed złamaniem.

Leczenie czynnościowe, pominąwszy stroną somatyczną, odegrywa tutaj również dużą rolę psychiczno - nerwową, gdyż przyzwyczaja chorego do wykonywania zwykłych ruchów życia codziennego i ułatwia mu pozbycie się pozostałości po wstrząsie psychicznym, spowodowanym przez wypadek złamania kręgosłupa. To skrócenie do minimum okresu inwalidztwa i szybkie przywrócenie choremu jego sprawności życiowej jest bodajże największą zaletą leczenia złamań kręgosłupa metodą Böhlera.

(Opisana metoda nie jest oryginalnym pomysłem Böhlera — jak on sam zresztą przyznaje — a wzoruje się na postępowaniu amerykańskich autorów. Przyp. Ref.).

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Ropnie gardła dolnego. (Les absces de l'hypopharynx). Tempea V.

Les annales d'oto-laryngologie 1932 Nr. 1.

Autor spostrzegał w ostatnich 4 latach 8 ropni gardła dolnego, z których 2 skończyły się śmiertelnie. Objawy: silne bóle w głębi gardła przy połykaniu, obrzęk gruczołów chłonnych na szyi, dysfagia, dysfonia, gorączka, nagły początek choroby. Etjologicznie wchodzi w rachubę prócz ciała obcego grypa. Wywiad wykazuje często uprzednie przebycie ropnia kołomigdałkowego. Niebezpieczeństwa powoduje możliwość przejścia sprawy na śródpiersie i zjadliwość zakażenia. Leczenie polega na szerokiem otwarciu ropnia odpowiednim skalpelem i na codziennym drenażu. Autor podaje w skrócie historje choroby.

Nieżyty nosogardłowe z przeczulicą i kaszlem. (Les rhinopharyngites hyperesthesiques et tussigènes). Labarraque.

Z jw. Nr. 2.

W wieku niemowlęcym, dziecięcym, młodzieńczym i dojrzałym liczne są wypadki uporczywego kaszlu z gorączką lub bez niej, gdzie internista wzgl. pedjatra wyklucza przyczyny w nosie lub gardle. Laryngolog niemal zawsze znajdzie tamże zmiany i stosuje leczenie, czasem zachowawcze, częściej chirurgiczne ze zmiennym, przeważnie przemijającym wynikiem. Autor drogą licznych spostrzeżeń dochodzi do wyniku, że niezależnie od istniejących innych zmian, decydujące znaczenie ma jako źródło kaszlu odruchowego jedno — lub obustronny predylekcyjny punkt przeczuleniowy („point hyperesthesique pathologique"), umiejscowiony za łukiem tylnym i podaje szczegółowo metody lecznicze, skierowane na ten punkt. Leczenie to, wedle autora bardzo skuteczne, jest ściśle miejscowe i opiera się

głównie na stosowaniu azotanu srebra, kwasu chromowego i galwanokauteru.

Metoda leczenia krwotoków z przegrody nosa. (À propos d'un traitement des saignements de la cloison nasale). Lewenfisz H.

Z. jw. Nr. 3.

Autor zauważył, że po operacji podśluzowego wycięcia przegiętej przegrody nosa ustawały na stale poprzednie krwotoki z przegrody. W związku z wynikami badań anatomo patologicznych Becka i Samoljenki, wykazującemi tworzenie się tkanki bliznowatej w miejscu resekcji i z tem spostrzeżeniem autor w szeregu przypadków uporczywych krwotoków. nie ustępujących po chemo — i galwanokaustyce zaczął stosować oddzielenie podochrzęstnowe przegrody na ograniczonej przestrzeni w miejscu dotkniętem krwotokami. (locus Kiesselbachii), jako metodę leczniczą. Chrząstki oczywiście nie wycinał lecz tylko zostawiał setonik pod śluzówką przez 24 godzin. Niekiedy już sama injekcja nowocainy 1%-owej pod ochrzęstną, przeprowadzona lege artis, t. j. oddzielająca mechanicznie śluzówkę z ochrzęstną od chrząstki, spełniła dobrze zadanie lecznicze i prowadziła do definitywnego usunięcia krwotoków. Leczenie miejscowe nie wyklucza leczenia ogólnego.

Zapalenie ropne wyrostka sutkowego a cukrzyca. (Mastoidite et diabète). Sagols.

jw. Nr. 5.

Autor opisuje dwa przypadki antrotomji u diabetyków z dodatnim wynikiem. Podkreśla konieczność 1) unikania uśpienia, a operowania w znieczuleniu miejscowem 2) ścisłego przygotowania djetetycznego i insulinowego na podstawie zwierciadła cukru w krwi przed i po operacji, nadzwyczaj skrupulatnej aseptyki. Instruktywnem w opisie tych historji chorób jest szczegółowe przytoczenie całego biegu zarządzeń przygotowawczych i zapobiegawczych i dawek stosowanej insuliny. Poza tem autor podkreśla, że urazy w przebiegu operacji powinny być ograniczone jak najbardziej.

Dr. A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Łatwa odmiana cięcia cesarskiego, pozwalająca na wyłączenie pola operacyjnego z jamy brzusznej. (Procedé simple permettant de réaliser l'exclusion de la zone opératoire de la cavité peritonéale au cours de la césarienne basse). Wodon J.

Rev. Franc. Gynec. Obstétr. T. 27 Nr. 3, str. 158, 1933.

Podkreślając znaczenie operowania poza jamą brzuszną przy cięciu cesarskiem, autor proponuje odmianę techniczną tej operacji, polegającą na prowadzeniu wszystkich cięć w kierunku poprzecznym.

Jedynie skórę i powięź przecina podłużnie w linji środkowej, poczem rozsuwa mięśnie na tępo i otwiera otrzewną ścienną cięciem poprzecznem. Otrzewną trzewną macicy rozcina się podobnie poczem górny jej brzeg oddzielony od mięśniówki zeszywa się na głucho z otrzewną ścienną, zamykając w ten sposób definitywnie jamę brzuszną. Teraz dopiero odsuwa się pęcherz nieco ku dołowi, poprzecznie przecina macicę w dolnym odcinku, wydobywa płód i popłód i zeszywa się dwuwarstwowo mięsień macicy. Pęcherz moczowy przyczepia się kilkoma szwami ponad raną macicy i zamyka jamę brzuszną, łącząc mięśnie proste ze sobą i zeszywając powięź i skórę. W przypadkach podejrzanych można oczywista sączkować okolicę rany operacyjnej, z ewentualnym dodaniem sączka przez przednie sklepienie pochwy, po dokonanej jeszcze kolpotomji.

Dokładność rozpoznania uzyskanego zapomocą wstępującej uretero-pyelografji. (La précision des diagnostics obtenus par le moyen de l'urétéro-pyélographie retrograde). Chevassu Maurice.

Journ. Belge Urol. 5, 324, 1932.

Od 4½ lat stosuje autor wlewanie płynu kontrastowego do moczowodów i miedniczek od dołu przez kateter. W ten sposób zbadał 1500 przypadków. Oczywista koniecznie potrzebny jest stół do prześwietlań o cechach stołu urologicznego. Zaletą tej metody jest uzyskiwanie obrazów znacznie ostrzejszych, niż przy pyelografji po podaniu środka kontrastowego dożylnie. Autor używał Uroselectanu lub Tenebrylu, i wystarczało zazwyczaj 5 cm^3 płynu.

Warunkami nieodzownemi do wykonania omawianego badania są: 1) możność przeprowadzenia cystoskopji i 2) niski poziom azotu resztującego we krwi. Co do instrumentarjum pamiętać należy o stosowaniu grubych cewników moczowodowych, zresztą mieszczących się zupełnie dobrze w żeńskim cystoskopie.

Wpływ cyklu miesiączkowego na opadanie krwinek. (Influence du cycle menstruel sur la sédimentation globulaire). Bertrand P. i R. Rousseaux.

Rev. Franc. Endocrin. T. 10. str. 362, 1932.

U 2 dziewcząt w wieku około 20 lat określano co 2-gi dzień opadanie krwinek przez 2 miesiące.

Okazało się, że chyżość opadania krwinek wzrasta nieco w końcu okresu przed miesiączkowego i w początku krwawienia menstruacyjnego.

Dalsze badania wykazały, że w przekwitaniu naturalnem, jak również po wyjałowieniu operacyjnem znikają wspomniane wyżej wahania w chyżości opadania krwinek.

Autorzy zamierzają badać dalej omawiany objaw w związku z podawaniem przetworów jajnikowych.

„Każda kobieta, która krwawi po przekwitaniu cierpi na raka macicy". (Toute femme qui perd après la ménopause a un cancer de l'utérus). Ducuing.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 21, str. 607, 1932.

Autor podtrzymuje swoje zdanie wypowiedziane na jednym z poprzednich posiedzeń Paryskiego Tow. Ginekologicznego, zdanie, zaatakowane ostro przez Lefebre'a.

Na poparcie swojej tezy umieszczonej w tytule autor przytacza statystykę uzyskaną z O-

środka przeciwrakowego m. Tuluzy: na 326 przyp. krwawień po przekwitaniu stwierdzono:

w 256 przyp. raka szyjki,
w 34 „ „ trzonu,
w 3 „ „ jajnika i
w 33 „ nie stwierdzono raka.

Z tych ostatnich 33 przyp. okazało się, że jeszcze w 6 — był rak, tak że zalewie 27 kobiet na ogólną liczbę 326, było wolnych od tego nowotworu. Z tego wynika, że w 92% przypadków — podstawą krwawienia był nowotwór złośliwy.

W dyskusji zdania były podzielone; Garipuy i Clermont uważali stanowisko D. za przesadne. Clermont określa odsetek złośliwych nowotworów w omawianym zespole na 10%.

Badania nad patogenezą bólów głowy po znieczuleniu lędźwiowem. (Recherches sur la pathogénie de la céphalée postrachianesthésique). A n g e l e s c o C., G. B u z o i a n u i D. C a r a m z u l e s c o.

Lyon Chir. T. 29, str. 521, 1932 r.

Jak wiadomo po znieczuleniu lędźwiowem występują dość często bóle głowy, połączone niekiedy z bólem w karku, wymiotami, bezsennością, szumem w uszach, zaburzeniami wzrokowemi i t. d.
Dolegliwości powyższe pogarszają się w pozycji siedzącej.

Dla wyjaśnienia powyższych objawów proponowano rozmaite teorje, wysuwające na plan pierwszy bądź zatrucie, bądź zaburzenia w krążeniu, bądź jedno i drugie razem, bądź podrażnienie opon mózgowych, bądź wreszcie różnicę w ciśnieniu hydraulicznem.

Autorzy sądzą, że podstawą omawianych zaburzeń organizmu jest obniżenie napięcia obydwu części składowych układu nerwowego roślinnego — inaczej mówiąc hypovago — i hyposympatikotonja; stan ten określamy jednym terminem „hypoamphotonja".

Hypoamphotonia powstaje dzięki działaniu środka znieczulającego na ośrodki nerwowe roślinne, położone w rdzeniu i poza nim; ponadto znieczulenie lędźwiowe działa na układ roślinny pośrednio za pośrednictwem jonów soków organizmu, utrzymujących wspomniany układ w odpowiednim napięciu. Oczywista duże znaczenie ma również napięcie układu roślinnego nerwowego przed operacją istniejące.

Hypoamphotonja nie tylko obniża parcie krwi, ale także powoduje spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Leczniczo stosować należy ephetonin i ephedrin, które działają na układy współczulny i błędny tak bezpośrednio, jak pośrednio poprzez gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, i poprzez równowagę jonów soków organizmu.

Działanie podobne ma calcium lacticum w dawkach 4 — 8 gr. pro die w ciągu 3 — 8 dni, ale działanie to jest słabsze i występuje powolniej.

Statyka macicy. (La statique utérine). R. P o l l a r t.

La Gynéc. T. 31, Nr. XII, str. 642, 1932 r.

Autor podkreśla znaczenie więzadeł krzyżowo-macicznych dla statyki macicy. Działając prawidłowo utrzymują one macicę w przodopochyleniu, dzięki czemu parcie tłoczni brzusznej, padając na tylną ścianę macicy przyciska ją do spojenia łonowego, pęcherza i jednocześnie powoduje zamknięcie pochwy. Oczywista rozumowanie powyższe nie zmniejsza znaczenia więzadeł obłych, utrzymujących górną część trzonu ku przodowi.

Metoda operacyjna autora polega: 1) na skróceniu więzadeł obłych i 2) na skróceniu więzadeł krzyżowo-macicznych.

Tempo pierwsze: otwarcie jamy brzusznej cięciem podłużnem, lepiej poprzecznym Pfannenstiel'a; odszukanie ujścia zewnętrznego kanału pachwinowego, przesunięcie przezeń lekko-wygiętego pensa i uchwycenie więzadła obłego; wyciągnięcie tego ostatniego na zewnątrz i umocowanie do powięzi; podobnie postępuje się po drugiej stronie.

Tempo drugie polega na sfałdowaniu każdego więzadła krzyżowo-macicznego szwem z nitki lnianej, przechodzącym 4 — 5 razy pod więzadłem. Związanie takiego szwu skraca znakomicie omawiane więzadło.

Zaletą pierwszego tempa jest fizjologiczny przebieg skracanych więzadeł obłych, normalne umiejscowienie macicy, elastyczność jej przymocowania i uniknięcie niebezpieczeństwa niedrożności jelit.

Drugie tempo oprócz przymocowania macicy odbije się korzystnie na ułatwieniu krążenia w zakresie przymacicz bocznych, i na uniesieniu ku górze zbyt opadniętych jajników.

Wyniki operacji zwłaszcza od czasu stosowania nitek nieresorbujących się — są dobre.

Nowa obserwacja zakaźnego poronienia, leczonego z użyciem pałeczek blaszecznicy (laminarja), (Nouvelle observation d'avortement infecté, traité par les laminaires). M e t z g e r M a r c e l.

Autor, wybitny położnik francuski, donosi o następującym przypadku. Chora przybyła na oddział z poronieniem zagrażającem w III m. ciąży. Płód urodził się wkrótce, jednak łożysko pozostało. Ciepłota podniosła się do 40° C; kanał szyji zamknięty.

Założono pałeczkę blaszecznicy, poczem ujście rozwarło się do grubości 2 palców, a temperatura spadła do 37.3 Korzystając z rozwarcia opróżniono jamę macicy częściowo palcem, częściowo łyżeczką i przetarto jodyną.

Następnego dnia wystąpił wstrząsający dreszcz, a 8-go dnia otwarto ropny wysięk zatoki Douglasa.

Wkrótce potem przyszło do całkowitego wyleczenia.

Podając opis powyższego przypadku autor uważa swe postępowanie za jedynie odpowiednie dla przypadków zakażonych.

Przestrzega on przed użyciem rozszerzadeł Hegara, które nie tylko rozrywają szyjkę, ale także prowadzą do skrobania macicy „na ślepo". Ponadto M. sądzi, że przebicia macicy metalowemi rozszerzadłami wcale do rzadkości nie należą. Pałeczka blaszecznicy pozwala na ominięcie wszystkich wymienionych niebezpieczeństw, a ponadto ułatwia odpływ z macicy w zakażonym poronieniu.

Kontrola wnętrza macicy palcem zapobiega konieczności ewentualnego powtarzania skrobanki z powodu pozostawienia resztek łożyska.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Choroba Pick-Herxheimera, wpływ wyciągów trzustkowych. (Maladie de Pick-Herxheimer. Atténuation des symptômes sous l'influence des extraits pancréatiques). Gougerot, Paul Blum.

Bulletin de la Soc. Franc. de Dermatologie et de Syph. 1933 Nr. 2.

Leczenie fermentami w przypadkach niektórych schorzeń skórnych (sclerodermia) zapoczątkował niedawno Sellei. Autorzy zastowali leczenie wyciągami z trzustki w przypadku choroby Pick-H. u 59-cioletniej kobiety. Początek schorzenia przypadał na 7 lat wstecz. Głównemi jego objawami były mrowienia i bóle kończyn, siność kończyn i twarzy ,która jednak w odróżnieniu od acrocyanosis oszczędzała palce rąk i nóg. W miejscach dotkniętych schorzeniem — oprócz siności istniały zaniki skóry, drobne, widoczne rozszerzenia naczyń. Niedomoga wydzielnicza tarczycy objawiała się nadmierną wrażliwością na zimno, wyłysieniem miernego stopnia brwi, apatją, sennością, neuralgjami, bólami głowy. Ponadto istniała niedomoga nadnerczy (łatwe męczenie się, ciśnienie 10,7 Vaquez).

Chora otrzymywała wstrzykiwania odpowiadające 0,25 świeżej trzustki w ilości 15-tu wstrzykiwań w ciągu 2½ miesiąca. Równocześnie chora otrzymywała drogą doustną wyciągi trzustki. Pod wpływem tego leczenia wystąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego. Mrowienia i bóle ustąpiły. Chora czuła się znacznie silniejszą. Zmiany sinicze na kończynach i twarzy również zmniejszyły się.

Leczenie łuszczycy wstrzykiwaniem mleka. (Traitement du psoriasis par les injections de lait. Thérapeutique biophylactique). Arnault Tzanck, Maurice Cord.

Bulletin de la Soc. Franc. de Dermatologie et de Syph. 1933, Nr. 2.

Z przeglądu wyników leczenia łuszczycy różnymi sposobami wynika: wybitna niestałość rezultatów leczniczych, niekiedy doskonałe skutki leczenia po zastosowaniu najrozmaitszych leków (bizmut, calomel, psothanol, proteinoterapja, pyretoterapja). Odnosi się wrażenie, że wszystkie sposoby leczenia łuszczycy są całkowicie niespecyficzne.

W pięciu przypadkach łuszczycy zastosował autor niespecyficzny lek, a mianowicie wstrzykiwanie mleka. Wyniki były doskonałe. Chorzy otrzymywali miejscowo jedynie preparat salicylowe (acidum salicylicum) na noc. Wstrzykiwania rozpoczynano od ½ centymetra, stosowano je 3 razy w tygodniu w ilości kilkunastu. Poprawa rozpoczynała się od 4-go do 10-ego wstrzyknięcia. W 2-ch przypadkach nastąpiło prawie całkowite wyleczenie. W 2-ch znaczna poprawa, u jednego chorego, u którego leczenia jeszcze nie ukończono, poprawy nie było. Całkowity brak specyficzności przy tym sposobie leczenia nasuwa przypuszczenie, czy nie mamy doczynienia z wywiązaniem się w organiźmie jakiegoś niespecyficznego procesu, który autor określa jednym wyrazem biofilaksji.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TARAPEUTYCZNE

Leczenie ropnego zapalenia sutka nakłuciami i przemywaniem wdg. Besredki (antivirus). W przypadkach ostrego ropnego zapalenia gruczołu piersiowego bardzo dobre wyniki daje nakłuwanie i opróżnianie z ropy poszczególnych ognisk i ich przemywanie antivirusem. Jest to sposób prosty, łatwy i skuteczny (daje wyleczenie ropnia wieloogniskowego w ciągu 10 dni), a do tego czyni zbędnem operacyjne nacinanie ściany ropnia. *(La Presse Méd Nr. 38, 1933).*

M.

Przetaczanie krwi w przypadkach ostrej porażennej niedrożności jelit, u osobników mocno zatrutych i w ciężkim stanie

ogólnym, daje niejednokrotnie bardzo dobre wyniki lecznicze, gdyż już w parę godzin po przetoczeniu niedrożność ustępuje i zjawiają się wypróżnienia. Dotyczy to przypadków, w których żadne inne leczenie (wstrzykiwania dożylne stężonego roztworu chlorku sodu, prostygmina) nie dawało najmniejszego wyniku, a śmierć chorych odnośnych zdawała się być nieuniknioną. Mechanizm działania leczniczego przetaczania krwi w tego rodzaju przypadkach jest niejasny; być może chodzi tu o wprowadzenie hormonu trzustki, utrzymującego fizjologicznie perystaltykę jelit na pewnym poziomie. W każdym razie, wyniki lecznicze są niewątpliwe i zachęcające. *(La Presse M. Nr. 42, 1933).*

M.

KRONIKA

Komitet Organizacyjny stałych wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji VI Kursu Lekarskiego w dniu 7, 8 i 9 września 1933 r.

Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Vice Minister Opieki Społecznej Dr. E. Piestrzyński. Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników — lekarzy, przybyłych w liczbie 1500 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VI na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Ministra Dr. W. Chodźko (Warszawa), Prof. Dr. Laubera (Warszawa), Dr. Wł. Misiuro (Warszawa), Prof. Dr. L. Paszkiewicza (Warszawa), Dr. St. Popowskiego (Warszawa), Prof. Dr. Raszeji (Poznań), Prof. Dr. Rose (Wilno), Dr. Tuchendlera (Warszawa), Prof. Dr. Zubrzyckiego (Kraków).

Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne w drodze powrotnej.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Komitet Organizacyjny kursów tworzą:

Prof. Dr. J. Szmurło — przewodniczący, Doc. Dr. L. Lorentowicz, Dr. P. Rudzki — viceprzewodniczący, Dr. T. Chrapowicki — sekretarz,

Dr. J. Hurwicz — skarbnik, Dyrektor Stanisław Wiśniewski i Dr. J. Drac — członkowie komitetu.

MIĘDZYNARODOWA WYCIECZKA NAUKOWA LEKARZY DO AUSTRJI, WŁOCH I FRANCJI.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (30.VIII. 1933), n. p. w Badenie i t. d., a następnie Wenecję, Florencję, Rzym, Ostję, San Remo, Mentonę (odwiedzą w Chateau Grimaldi prof. dr. Woronowa[1]), Monte Carlo, Niceę, Cannes. W powrocie do Wiednia zwiedzą Milano. Cena : 300 — 380 szyl.

Bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem:

„Studien — und Gesellschaftsreisen" Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11, 1/6.

* * *

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu

Dział Wystawy „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna".

KOMUNIKAT

Podajemy do wiadomości, iż dział prasy i prac naukowych na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna" powierzono p. Dr. Stanisławowi Konopce, kierownikowi Biura Propagandy Medycyny Polskiej w Warszawie, ul. Górnośląska 45 tel. 973-57.

Prosimy zwracać się z wszelkiemi zapytaniami w sprawie tego działu wystawy pod wyżej wymienionym adresem.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
(—) Prof. Dr. Karwowski.
Sekretarz
(—) Dr. Luziński.
Przewodniczący Komisji nauk. wyst.
(—) Dr. R. E. Matuszewski.

[1]) Znanego z operacji odmładzania.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji, Warszawa, Tucholska 10. tel. 11.30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.